

Ref.: Primer Premio del concurso Biale Massé. Categoría Investigadores. Año 2010. Editado por el Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. La Plata ISBN 978-987-24777-6-9

**Realidad y Percepción del Déficit de Trabajo Decente
El Caso de los Médicos que Desempeñan sus Tareas
en Hospitales de Mar del Plata**

AUTOR: María Estela Lanari

Índice De Contenidos

Introducción	3
Metodología	3
Recaudos Metodológicos	4
Marco Teórico	5
Un aporte metodológico a la medición del Trabajo Decente:	
Indicadores Que Miden El Trabajo Decente Desde El Puesto De Trabajo	7
El Estudio	
El Sistema De Salud En Argentina	11
Rasgos y problemas actuales del sistema de salud	12
El paradigma neoliberal y el sistema de salud	14
Reformas y desequilibrios	17
La realidad en términos relativos: debilidades y fortalezas	19
Recursos humanos en el campo de la salud	22
Crisis y reacción	25
Estimación Del Déficit De Trabajo Decente Entre Profesionales De La Salud	27
Profesionales de la salud: los médicos	35
El mercado profesional de la medicina	35
El dTD estimado en un Estudio de Casos	37
Los médicos asalariados del HIGA	38
Del hospital de la reforma al Interzonal General de Agudos	38
El día a día en el ejercicio de la medicina en el HIGA	39
En busca de información	40
Entre lo que sabe, se ignora o lo que no se quiere ver:	46
Los médicos de staff del Hospital Privado de Comunidad	51
Del hospital de la reforma al Hospital de la Comunidad	51
El Hospital	52
Sustentabilidad institucional y efectos de la crisis	52
Entre el paradigma y la realidad: los cambios institucionales	53
Contribución del contexto a la resignificación del concepto de dignidad laboral	55
Los diferentes mecanismos de gestión de recursos humanos y su relación	
con el dTD	59
Conclusiones	66
Propuesta	67
Bibliografía	68

INTRODUCCION

Este estudio se propone, en el contexto de resignificación del Trabajo, realizar un aporte a la de operacionalización del término Trabajo Decente –TD- definido por la Organización Internacional del Trabajo como aquella ocupación productiva, justamente remunerada y ejercida en condiciones de libertad, equidad, seguridad, y respeto a la dignidad humana.

La captación del déficit relativo a cada una de las dimensiones del dicho concepto se pone a prueba en un sector testigo de los cambios y reformas en la organización y contratación de trabajo que se llevaron a cabo en las últimas décadas, como es el sector salud. En particular se analiza la situación laboral de los trabajadores médicos en el entendimiento que quienes poseen mayores nivel formativos gozarían, en sentido amplio, de mejores condiciones de trabajo. Es decir, tendrían menor déficit de Trabajo Decente –dTd-.

La metodológica propuesta toma como unidad de análisis el puesto de trabajo de aquellos médicos cuya dependencia laboral se radica en organizaciones de alta complejidad. El **objetivo general** consiste en cuantificar y describir características del puesto de trabajo a través de indicadores objetivos conjuntamente con la percepción que tienen los propios actores del mismo. Para lo cual, se incorpora la perspectiva de los significados subjetivos e intersubjetivos que dan cuenta de cada realidad laboral desde el punto de quien desempeña la tarea. De modo tal, que además de las variables que permiten conocer las características y condiciones de trabajo nos planteamos entender los procesos constituyentes que conformaron la realidad que estudiamos. Así el campo subjetivo cobra una relevancia equiparable a la que ofrece lo palpable y objetivo. Mediante un estudio de casos, uno relevado en un hospital público y otro en un hospital privado, ambos ubicados en la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredon, se ahonda en los particulares significados que adopta tener un Trabajo Decente.

METODOLOGIA

Para abordar el estudio recurrimos a una perspectiva amplia como la que propone el enfoque holístico que nos permitió responder tanto qué sucede en el escenario que analizamos, cómo qué significa lo que sucede para quienes participan de él.

El análisis de casos se realizó mediante trabajo de campo para lo cual se aplicaron las mismas pautas de intervención tanto en el caso del sector público, como en el sector privado.

Las fuentes de información fueron de distinto orden. Para iniciar el proceso de conocimiento de la organización y de la situación laboral de los médicos partimos por entrevistar a informantes claves bajo el criterio de la metodología “Snowball Sampling”, mediante la cual cada individuo de la población del universo de análisis nomina a otros individuos de la población que se

analiza y con ello se conforma una red de la “población objetivo”. Se obtienen así los contactos sucesivos. Esta secuencia permitió la creación de un marco de muestral cuando éste no existía per se. De modo tal que todos los individuos entrevistados conformaron el agregado de la población objetivo.

Como herramientas utilizamos el conjunto de indicadores que hemos diseñado para evaluar los déficit de TD, y complementariamente técnicas cuanti-cualitativas como encuestas, –ver anexo metodológico-, entrevistas en profundidad, registros y observación vivencial; basándonos particularmente en el método etnográfico mediante el cual fue posible captar la relevancia fenomenológica del contexto, la función y el significado que tienen los actos humanos a través del registro detallado de los ámbitos de trabajo, de la distribución espacial, de circulación, de equipamiento y de rutinas laborales en los distintos sectores.

Para completar la indagación se recogieron además los testimonios de directivos, administradores y otros profesionales, como así también de personal voluntario de ambas instituciones, operarios, personal de mantenimiento, administrativos y residentes. Otros datos relevantes se obtuvieron mediante el análisis de documentación legal, como así también de los presupuestos, balances e información periodística. Se asistió a reuniones de delegados y se tomó contacto con los organismos que representan a los profesionales.

Recaudos metodológicos

Cuando pensamos este diseño de intervención nos basamos en los siguientes supuestos: la metodología que busca analizar el dTD desde el puesto de trabajo es complementaria de cualquier otra propuesta que permita describir situaciones macro. Por esta razón en ésta operacionalización del concepto Trabajo Decente no incluimos indicadores como son por ejemplo: cumplimiento de normas internacionales, trabajo forzoso, tasa de desempleo, participación del trabajo informal en relación al formal, o dimensiones de equidad y libertad, ya que es el ámbito de las regulaciones económicas e institucionales en el contexto general lo que nos brinda información y referencias acerca de las tendencias dominantes en esos campos. La lectura de los particulares dTD sólo es posible en el marco del dTD que resulta de las opciones de desarrollo de una sociedad particular, en un espacio y en un momento determinado.

Los indicadores seleccionados para construir el “artefacto” para el análisis son aquellos que consideramos necesarios y suficientes para dar cuenta de la calidad de un puesto de trabajo en relación con los parámetros normativos vigentes. Algunos de ellos, como son registración (seguridad laboral) y remuneraciones (seguridad de ingresos) los consideramos básicos por su carácter fundamental en el bienestar presente y futuro de todo trabajador. En la misma línea,

jornada; vacaciones; seguridad e higiene (condiciones del trabajo) fueron indicadores incluidos como complementarios, por estimar que su mayor o menor déficit, no reviste el mismo grado de importancia que los anteriores.

El proceso de vincular el concepto Trabajo Decente combinando distintos niveles de análisis (Macrosocial: el contexto en el que se dan los cambios; Mesosectorial: las transformaciones en salud y Mircosocial: el caso en el que se aplica la metodología), con variadas técnicas de recolección de información, nos permitió ampliar el campo de conocimiento y así aumentar la validez de los resultados. El ejercicio de análisis, desde la perspectiva de TD, busca dar visibilidad a la cuestión laboral mediante un singular abordaje metodológico que considera tanto lo objetivo como lo subjetivo, y esto es lo que ponemos a prueba. En nuestra investigación el sector salud es el campo de observación, su evolución y el impacto demostrativo de las reformas lo convierten en un espacio expresivo de los cambios del trabajo. Un examen específico sobre el sector requiere un tratamiento más exhaustivo que el aquí presentado, el objetivo de validar un aporte metodológico, nos exime de la profundidad que ese propósito requiere. El período de análisis muestra la situación laboral de los médicos en el período 2006-2007.

MARCO TEORICO

Las perspectivas teóricas que adoptamos son aquellas que caracterizan al trabajo en sentido amplio. Es decir, no como una actividad puramente instrumental, sino como una construcción social e histórica que cambia de sentidos y que es portadora de centralidad normativa. Entendiendo como tal a la cuestión política y ética que rescata su importancia sociocultural, y que lo configura como un vínculo claro entre beneficios sociales diversos tales como ingresos, supervivencia, ciudadanía, estatus. (Supiot, A., 1996; Méda, D.; 1998; Noguera, 2002, Neffa, J., 2003; Antunez, R. 2003)

En línea con lo cual el trabajo es reconocido como un Derecho Fundamental, visión que da sustento al concepto Trabajo Decente el cual se constituye en clave explicativa del contorno socio-histórico del cual emerge y una categoría de análisis. Como tal, se le reconocen ser de carácter universal, integrador, relativo y mutante, (Lanari, 2005).

Cuadro I Antecedentes y extensión del concepto Trabajo Decente

Antecedentes	Concepto	Dimensiones	Propiedades
Preámbulo de la Constitución de OIT Declaración de Filadelfia Declaración Universal de los Derechos Humanos Convenio 87º OIT Convenio 98º OIT 1995: Cumbre Mundial de Desarrollo Social	Trabajo Decente es aquella ocupación productiva que es justamente remunerada y que se ejerce en condiciones de libertad, equidad, seguridad y respeto a la dignidad humana	Empleo Aplicación de las Normas Internacionales del Trabajo Protección Social Igualdad de Oportunidades Ingresos dignos Libertad Diálogo Social	Alto contenido ético Carácter Integrativo Aspiración Universal Dinámico Herramienta analítica Meta - objetivo Plataforma para el diseño de políticas Estrategia para instalar el debate de los Derechos Fundamentales del Trabajo Instrumento contra la exclusión Criterio de equidad

Fuente: elaboración propia

Para comprender cuestiones tales como el clima y la cultura de las organizaciones, y las relaciones de subordinación y poder entre los sujetos que las estructuran se apeló a los clásicos criterios de la sociología de las organizaciones y de la teoría política, (Minzberg H. ;1984 Mainz, R.1994, Crosier, M. 1989; Giddens, A. 1984).

Otro eje sustantivo en el análisis es el de la subjetividad como *proceso social* (De la Garza Toledo, 2001). Esta perspectiva de análisis ha sido ampliamente justificada desde la sociología (De La Garza, 2000; Zemelman, 1994; Zemelman, H, y León, E. 1997), como desde la psicología social (Moscovici, 1988) y conforma un sustento que permite a las Ciencias Sociales indagar aspectos de la vida social que incluyen una amplia gama de índole tanto espacial, ambiental, económica, política, cultural, laboral, como del campo de las ideas, los valores, las prácticas o las representaciones, que dan sentido a la acción.

Como reflexiona Retamozo (2006), concebir la realidad social en su carácter procesal (en movimiento), contingente, condensando historicidad (pasado-presente-futuro), como una multiplicidad de temporalidades, como un campo embebido de poder y sin fundamentos trascendentes, nos sitúa, creemos, en mejores condiciones para una reconstrucción del proceso histórico. Y, tal como sostiene Zamora Ramírez, M.E. (2007) **repensar** la subjetividad en las investigaciones laborales *“permite incluir el trabajo de reflexión que realiza el investigador sobre sí mismo (autoconocimiento), de manera simultánea al reconocimiento del otro y de los otros...es, asimismo, una guía para descubrir el origen de los sentidos que los actores laborales producen históricamente para responder a las preguntas: ¿Qué somos? ¿Qué necesitamos? ¿Qué queremos? ¿Qué podemos ser?”*, (pp: 18). Estos son nuestros puntos de partida.

UN APOORTE METODOLÓGICO A LA MEDICION DEL TRABAJO DECENTE: Indicadores Que Miden El Trabajo Decente Desde El Puesto De Trabajo

Bajo este título presentamos aquellos de indicadores que consideramos válidos para evaluar la dignidad o carencia de dignidad que tienen los puestos de trabajo, ya que ésta es nuestra unidad de análisis.

Al construir la propuesta partimos por considerar que la mayoría de estudios no nos permiten distinguir las particularidades que existen en los distintos mercados laborales, (Standing, G. 1999; Ghai, 2002, 2005, 2006; Godfrey, 2003; Lanari, 2007; Giacometti y Lanari, 2006). La presencia de ciertas heterogeneidades o especificidades, por ejemplo, locales o sectoriales, o de situaciones que escapan a la cuantificación, no se pone de manifiesto cuando la información se presenta a través de indicadores agregados. En consecuencia, entendemos que la calificación de decencia o dignidad de un trabajo, si bien puede ser descripta o caracterizada con relación a estándares normativos, tiene componentes subjetivos. Por lo cual, resulta de interés conocer cómo percibe y pondera cada actor los déficit que conlleva el desempeño de su actividad.

Para dar respuestas a las inquietudes planteadas, retomamos los elementos distintivos que hacen a la definición del concepto. Tal como señalamos la noción de Trabajo Decente tiene la propiedad de ser multidimensional, integrativa, relativa y dinámica.

En cuanto a las dimensiones existe coincidencia en identificar como tales: oportunidades de trabajo e ingresos; aplicación de las Normas Internacionales del Trabajo; protección social; igualdad de oportunidades; libertad y diálogo social. Por ello, cualquier estimación de las brechas de TD debe considerar el déficit de cada dimensión como son la insuficiencia de demanda de trabajo, una protección social inadecuada, la denegación de los derechos en el trabajo y la carencia o deficiencia en el diálogo social.

Algunos de estos componentes se refieren a cantidad de puestos de trabajo y otros a la calidad de los mismos. Ambos se funden en la categoría, de modo tal, que nos permiten analizar al trabajo sin la fragmentación con la que habitualmente se lo hace y sin disociar uno del otro.

Por su condición de ser relativa y dinámica, se entiende que en sí la categoría constituye una meta móvil. Un objetivo que evoluciona a medida que se van transformando las posibilidades, las circunstancias y las prioridades de cada sociedad. No obstante, el cumplimiento de los Derechos Fundamentales del Trabajo es su mínimo nivel, su umbral.

“...Este umbral, incluye a todos los trabajadores. Debido a sus orígenes, la OIT ha centrado esencialmente su atención en las necesidades de los trabajadores asalariados –la mayoría de ellos de sexo masculino– en empresas del sector estructurado, pero no se agota con ello su

mandato, ni tampoco el mundo del trabajo. Casi todas las personas trabajan, pero no todos tienen un puesto de trabajo. Abundan, además, en el mundo las personas que trabajan demasiado y las que están desempleadas. La OIT debe interesarse por quienes trabajan al margen del mercado de trabajo estructurado: asalariados no reglamentados, trabajadores por cuenta propia, trabajadores a domicilio...” (Somavía, 1999).

Esta distinción nos hace coincidir con Bru (2005), quien argumenta que para estimar el déficit de Trabajo Decente se debe considerar a todas las personas que integran la PEA, “a todas las categorías y grupos ocupacionales”, sea cual sea su trabajo u ocupación.

En este marco buscamos identificar indicadores mínimos pero suficientes que den cuenta del déficit de Trabajo Decente desde una perspectiva micro y complementaria, (Lanari, 2005, op cit.)

El ejercicio lo iniciamos proponiéndonos analizar las características del trabajo que tienen quienes están ocupados ya que la insuficiencia del mismo, la aplicación o no de las Normas Internacionales medidas por la ratificación de convenios, o la brecha de géneros forman parte, en este análisis, de las variables contextuales.

De este modo, si partimos por reconocer los cambios estructurales que transformaron las relaciones laborales en la última década es posible observar, a través de los datos de la Encuesta a Hogares –EPH-, que la población ocupada se distribuye entre quienes tienen una situación laboral “ideal”, asimilable a lo que podría denominarse paradigma de TD, y quienes se ubican en el umbral de TD, o por debajo de él.

Es decir, hay quienes tienen una ocupación productiva, justamente remunerada y que la ejercen en condiciones de libertad, equidad, seguridad, y respeto a la dignidad humana. Mientras que otros, aunque ocupados, no alcanzan a cumplir con todas o algunas de las condiciones dignas que se supone o aspira, que tenga la actividad que se realiza. O sea, son subocupados, sus trabajos son de carácter precario, no tienen protección social, los realizan en condiciones inseguras, están mal remunerados, o bien ocupan el segmento del mercado laboral denominado informal.

¿Cómo identificamos esta diversidad de rangos? ; ¿Todas las dimensiones del TD tienen el mismo peso? ; ¿Qué atributos son imprescindibles o básicos para que un trabajo sea digno? ; ¿Cuáles otros pueden ser complementarios en el estado actual del mercado laboral?

En principio, para operacionalizar las variables y definir indicadores partimos por diferenciar dos tipos de ocupados; por un lado quienes son asalariados y, por el otro, a todo el resto que no lo es.

Seguidamente, se nos presentó el desafío de seleccionar indicadores que por su peso y jerarquía no podían estar ausentes en la más elemental definición de dignidad. Ya que, por ejemplo, no es lo mismo ser un trabajador asalariado que no figura en la nómina de personal, que aquel que está registrado. De este modo, se fueron seleccionando indicadores según un rango considerado acorde con la problemática laboral de nuestra realidad. Así para el caso de los asalariados, se calificaron básicos los indicadores referidos a registración y remuneraciones.

Sin embargo, otras características del trabajo revisten también una importancia relativa. Entre éstas consideramos la duración de las jornadas, la estabilidad en el trabajo, la posibilidad de tener un descanso anual, y las condiciones de seguridad e higiene en las que se desempeña la tarea. A las cuales denominamos indicadores complementarios.

Para el resto de los trabajadores, los no asalariados (patrones y cuenta propia), los indicadores se construyeron en forma similar pero contemplando ciertas las características propias de las categorías.

De lo cual resulta:

Cuadro II Indicadores de dTD – Básicos para asalariados

- | |
|---|
| <p>1- REGISTRACION: se considera registrado al trabajador si tiene aportes jubilatorios.</p> <p>2- REMUNERACION: se refiere a la percepción de una remuneración digna, para la medición se utiliza el ingreso horario y se subdivide en dos indicadores:</p> <p>2.1- REMUNERACIÓN ABSOLUTA: surge de comparar el ingreso con un salario mínimo.</p> <p>2.2-REMUNERACION RELATIVA: es aquella que evalúa si el ingreso percibido por el asalariado es similar al promedio de ingresos para igual calificación. Si el ingreso está por debajo de ese valor significa que el ocupado está muy por debajo de sus pares.</p> |
|---|

Cuadro III Indicadores de dTD – Complementarios para asalariados

- 1- JORNADA:** se define según la Ley N° 11.544 por la cual ésta debe ser menor o igual a 48 hs semanales.
- 2- VACACIONES:** beneficio de licencia anual paga
- 3- ESTABILIDAD:** la permanencia será un atributo a considerar sólo entre los no registrados, ya que existen trabajos temporarios que son registrados y no por ello dejan de ser decentes.
- 4- SEGURIDAD E HIGIENE:** normas de efectivo cumplimiento de acuerdo a la legislación vigente.

Cuadro IV Indicadores de dTD – Básicos para no asalariados

- 1- REGISTRACION:** se evalúa que el establecimiento (negocio) este inscripto aunque no se tiene en cuenta si cumple o no con los pagos prescriptos por ley, es decir si el negocio desarrolla una actividad “visible” para la sociedad cumpliendo con la legislación.
- 2- REMUNERACION:** ídem asalariados
- 2.1- REMUNERACIÓN ABSOLUTA:** ídem asalariados
- 2.2-REMUNERACION RELATIVA:** en el caso de los cuenta propia se utiliza el mismo criterio que asalariados (grupos por calificación), en tanto que para patrones los grupos se definen según el tamaño del establecimiento.

Cuadro V Indicadores de dTD – Complementarios para no asalariados

- 1- JORNADA:** si bien la jornada no debería ser evaluada porque las horas trabajadas en es categoría son una decisión personal, se tiene en cuenta un criterio de “dignidad” según el cual, jornada no debiera superar las 48 semanales.
- 2- VACACIONES:** se pondera la posibilidad de acceder a un descanso anual
- 3- SEGURIDAD E HIGIENE:** si cumple con las elementales normas de seguridad e higiene.

Una vez definidos los parámetros, construimos un indicador final por el cual se establecen cinco rangos en la gradación del déficit de Trabajo Decente. Para ello se tuvo en cuenta el déficit de ingresos, de protección social y de libertad y diálogo social. Estos dos últimos, se expresan en los indicadores complementarios.

El indicador final, entonces, sintetiza una propuesta de acercamiento a la medición del TD, cuyo propósito es conocer la situación de los trabajadores desde la actividad que ellos realizan.

Cuadro VI Déficit de Trabajo Decente: Indicador Final

Rango 1: Cumple con todos los indicadores BÁSICOS y todos los COMPLEMENTARIOS

Rango 2: Cumple al menos con todos los indicadores BÁSICOS

Rango 3: Cumple al menos con uno de los indicadores BÁSICOS

Rango 4: No cumple con los indicadores BÁSICOS pero al menos con alguno de los COMPLEMENTARIOS

Rango 5: No cumple con ningún indicador

La metodología planteada nos permite analizar unidades que no son estadísticamente representativas. Por ello, si para implementarla recurrimos a los datos de la EPH se nos presentan ciertas restricciones, algunas relacionadas con la confiabilidad de los datos dados los márgenes de error, otras porque algunos de los indicadores no forman parte de los que se emplean para dar cuenta de la situación laboral. Por ejemplo, la “visibilidad” de la actividad que desempeñan algunos cuenta propia o empleadores, es decir lo que es estrictamente economía informal, no es captada por los registros de relevamiento actual, como tampoco las condiciones de seguridad en que se desempeñan los trabajadores.

EL ESTUDIO

El Sistema De Salud En Argentina

Para aproximarnos a nuestro objeto de estudio, en este apartado, analizamos las expresiones que tuvieron las reformas en el ámbito de la salud y su impacto en la dimensión laboral del sector ya que las nuevas regulaciones impactaron en el modo de gestionar los recursos humanos.

Las transformaciones que se experimentaron en los años noventa estuvieron orientadas a optimizar los escasos recursos del financiamiento público. En esa dirección, tal como sostienen Dussault y Rigoli (2002), se concentraron en cambiar las formas de flujo de financiamiento y la estructuración de los servicios, promoviendo la descentralización de la gestión a nivel local, la separación entre entes financiadores y prestadores y la creación de nuevos organismos regulatorios, acciones que modificaron las relaciones de trabajo y las condiciones en que se desempeñaban las funciones típicas de los trabajadores de la salud.

Esta ola de reformas fue una recomendación que, en consonancia con las privatizaciones, respondieron a cánones de la época y se experimentaron en distintos países con diferentes resultados, en muchos casos supuso adaptarse a contextos degradados¹. Los procesos de cambio se iniciaron en los ochenta pero, tal como señala Brito (2002), tomaron impulso en 1993 con la difusión del informe del Banco Mundial “Invertir en Salud”, en el cual se realiza un análisis de las políticas sanitarias en relación con el desarrollo económico. En nuestro país las propuestas fueron lineamientos correctivos bajados desde ese y otro organismos internacionales para hacer eficiente un desarticulado sistema de salud que arrastraba fracasos, resultaba costoso e inoperante.

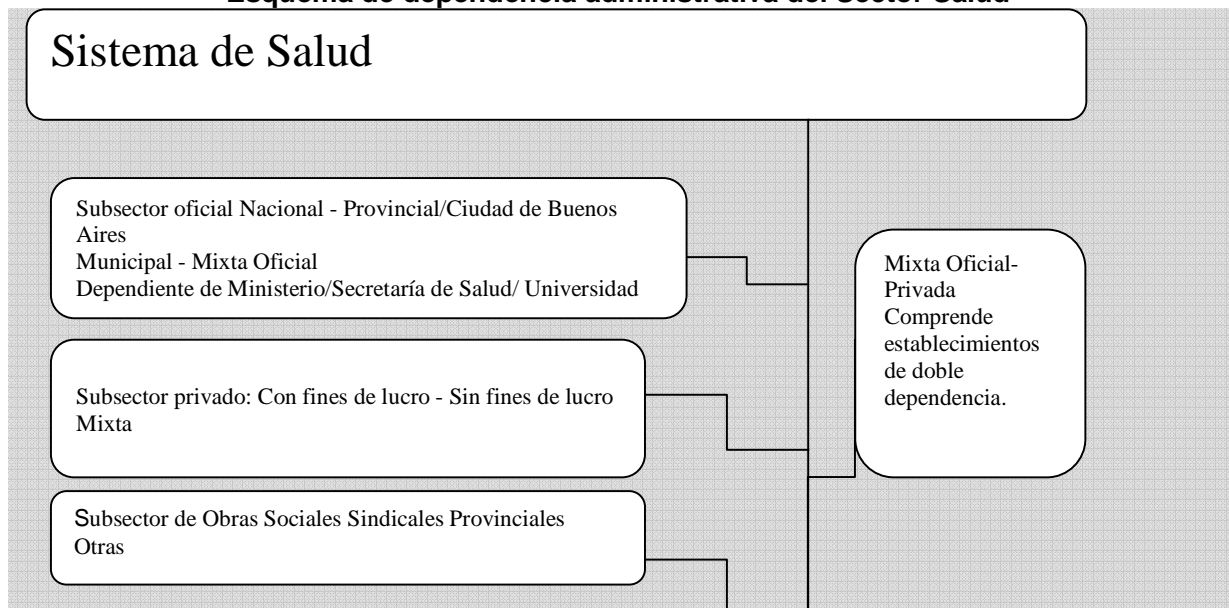
Rasgos y Problemas Actuales Del Sistema de Salud

De las tres dimensiones que caracterizan al sector salud, salud de la población, políticas de salud y sistema de salud, nos limitaremos a tratar de comprender las causales del funcionamiento de éste último como sustento del juego de intereses y tensiones que describe el modo actual en que se conjugan las relaciones laborales en el sector.

Entendemos por sistema de salud al conjunto de recursos organizados para dar atención a la población tanto en forma preventiva como asistencial, ello implica algo más que la atención médica ya que, como afirma Tovar (2002), en sentido estricto el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud. Como tal está integrado por tres subsectores: el público, coordinado por los ministerios de salud nacional y provinciales y los municipios; el privado, que reúne a las prepagas y el de las obras sociales, sean éstas sindicales, nacionales o provinciales.

¹ Frente a desafíos tales como el aumento en el costo de salud; las deficiencias del sistema; los progresos técnicos en medicina; la mundialización de los mercados; el desarrollo de las TICs; el envejecimiento de la sociedad; el aumento del empleo a largo plazo y el mejor acceso, en los países en desarrollo, a una atención básica de salud, se aceleraron en los años noventa la aplicación de políticas a corto, mediano y largo plazo. En Europa occidental y Oriental las reformas se centraron en mejorar la salud pública y los servicios de atención primaria, para ello se utilizó como estrategia la descentralización y la privatización de servicios. En el resto de los países en general se buscó aumentar la eficacia mejorando la relación costo-beneficio; la calidad de los servicios; el acceso y la igualdad; la eficacia de la fuerza de trabajo y mejorar la gestión. (JMHSR/1998, OIT; Bach, S.2000)

Esquema de dependencia administrativa del Sector Salud



La institucionalización de este accionar conjunto reconoce sus orígenes en la implementación de las denominadas Leyes Sociales² propuestas en Alemania por Bismark y Lohmann, quienes lograron configurar un sistema nacional de salud coordinado desde el Estado. Ya en el siglo XX, en Inglaterra, el informe Beveridge de 1942 contemplaba, en un marco más amplio de medidas de protección social, la necesidad de crear un sistema nacional de salud. Existen coincidencias en que ambos antecedentes han sido los de mayor influencia al momento de implementar en Argentina acciones en éste ámbito.

La historia de la construcción del sistema en nuestro país, si bien se remonta a esos años, no llegó a consolidarse hasta la segunda mitad de la década de los '40 cuando el Estado asumió la cuestión de la salud como cosa pública. Desde entonces a nuestros días se transitó por diferentes etapas que pasaron de la expansión del sistema público a la descentralización y fragmentación de los servicios hospitalarios. El conflicto de intereses ha sido una constante que condujo al enfrentamiento entre subsectores dando con ello lugar a una suerte de quasisistema desarticulado de salud. Si bien a lo largo de estos se intentaron reformas y acuerdos entre los actores, la pugna distributiva y la incapacidad del Estado como regulador contribuyeron a profundizar la crisis de un sistema que enfrentó el último proceso de transformaciones de los '90 en estado de desmantelamiento. Ver Anexo I

² Seguro de enfermedad (1883); de accidentes (1884) y de vejez e invalidez (1889)

El Paradigma Neoliberal y El Sistema De Salud

Durante esos años, nuestro sistema de salud, segmentado e ineficiente, se vio inmerso en el libre juego entre oferta y demanda. Lo que caracteriza este período es el intento de cambio institucional orientado a superar las distorsiones que se habían acumulado en los períodos anteriores, sin considerar los efectos que las estrategias utilizadas tendrían en los usuarios y en los propios recursos humanos del sector, o lo que es peor, aún a pesar de ello³.

El sentido de esos cambios se refiere a la reformulación de relaciones entre Estado y sociedad en arreglo con el predominio de un nuevo campo de ideas y, como venimos sosteniendo, en el marco de un nuevo régimen de regulación, con modalidades de regulación específicas. *“En el proceso actual (se refiere a la ola de reformas de los noventa) el principal escenario de cambio es el nivel meso, donde se procesan las relaciones entre financiadores, prestadores y pacientes; los actores, en este caso son las distintas organizaciones y las instancias de regulación”* (Belmartino, S, 2007: 108)

Resulta singular en este período que frente a una aparente ausencia del Estado sean los otros actores del sistema quienes articulen los cambios. En este proceso existieron ganadores y perdedores, resultado que sin una activa participación del poder central no hubiera sido posible. Prueba de ello son las nuevas normativas que afectaron al sistema de salud.

Desde la perspectiva de la reestructuración que se inició en la década pasada, el manejo de las obras sociales era un cuello de botella para desregular la administración de la salud, razón por la cual el Poder Ejecutivo Nacional dictó diversas normas que les impusieron otra dinámica, como es el Decreto N°9/93, que puso en marcha la libre elección de obras sociales.

Otros escollo para el plan de acción fueron los hospitales públicos. Mediante el decreto 578/93 del PEN se estableció el marco normativo para el desarrollo del hospital público de autogestión (HPA), incluyendo un sistema de pago automático para las prestaciones otorgadas por los

³ El sistema de salud, según describen Abuelafía et al (2002), se encuentra altamente concentrado en atención de la salud especializada y basada en hospitales con una insuficiente atención de la promoción de la salud y el control de enfermedades. La tendencia hacia el cuidado ambulatorio y en el hogar es en estos momentos incipientes. Para luego indicar que la fragmentación inter e intra sectorial es uno de los motivos más importantes de su debilidad. Además de ineficiente el sistema se torna inequitativo. En un país, sostienen Katz y Muñoz (1998), que gasta en el cuidado y la restauración de la salud de sus habitantes cerca del 8% del PBI -5.400 millones de dólares anuales, lo que arroja 180 dólares por habitante, que posee aproximadamente 70.000 médicos activos -uno cada 425 personas-, que cuenta con 150.000 camas sanatoriales y que consume 1.500 millones de dólares anuales de productos farmacéuticos -50 dólares por año per capita- las condiciones de equidad y eficiencia con que opera el sistema distan de ser socialmente satisfactorias.

agentes del Seguro de Salud a los hospitales. Las nuevas reglas promovieron la descentralización funcional de los mismos, y la tercerización de muchos de sus servicios.

Estas reformas se sostuvieron con el financiamiento de organismos de crédito como el Banco Mundial (1993) y el BID (1994), y la asistencia de especialistas en reformas del sector dada la experiencia internacional que recomendaba mejorar servicios a través del financiamiento de la demanda, estimular la competencia entre efectores y seguros, a la vez que se intentaba reducir el gasto, (Levcovich et al, 1998)

Con un nuevo Decreto el N° 292/95, se amplió la libertad de elección de obra social a todo beneficiario previsional afiliado al INSSJP, quedando la operatoria de traspaso y derivación de cápitas bajo responsabilidad de ANSES –Administración Nacional de Seguridad Social-, y también dispuso la distribución del Fondo Solidario de Redistribución de manera automática, asegurando un aporte mínimo por afiliado titular a las obras sociales sindicales; con lo cual se sienta las bases para la eliminación de múltiples coberturas.

En 1996, el Decreto N° 333/96, reglamentario de las leyes 24.013 y 24.557, encomienda a ANSES la elaboración de un Padrón Único de Beneficiarios de Obras Sociales, tarea que se realiza entre octubre 1996/ marzo 1997. También se confiere a ANSES facultades para el diseño del Registro de Incapacidades Laborales.

Por el Decreto N° 1141/96 se establecen los criterios para la desregulación de las obras sociales y se amplía el padrón ya aludido denominándolo Padrón de la Seguridad Social; y mediante el Decreto N° 1560/96 se ratifica la resolución N° 633/96 del Ministerio de Salud y Acción Social, poniendo en vigencia la libre elección de obras sociales disponiendo su operatoria bajo la órbita de ANSES; Un año más tarde se extiende a través del Decreto N° 638/97 que dispone la libre elección de Obras Sociales de Dirección.

Ese mismo año, como parte la denominada “segunda reforma del Estado”, se reestructuró el Ministerio de Salud y como parte de sus funciones se estableció la reforma del sector y la reconversión de las obras sociales. La desregulación –principalmente de contratos- buscó facilitar la competencia entre obras sociales y compañías de salud privadas, para las cuales no se diseñó ningún marco regulatorio. En cualquier caso debía garantizarse una cobertura obligatoria estipulada en el Plan Médico Obligatorio diseñada por el Estado. (Acuña y Chudnovsky, 2002)

Cabe recordar que, como lo revelan los indicadores laborales, el aumento del desempleo, del empleo no registrado, del trabajo informal y los índices de pobreza, cambiaron la relación entre población con protección social y sin ella. Según nos informa Novick (2003), entre 1991 y 1997,

alrededor del 36% de población carecía de todo tipo de cobertura de salud propia, sea a través de prepagas u obras sociales.

En 1998 el gobierno, presionado por el contexto político social, promulgó un nuevo marco regulatorio que le devolvió al sindicalismo una pequeña cuota de poder al otorgarle el derecho de aprobar o rechazar los pedidos de traspaso entre obras sociales, situación que le permitió evitar una gran pérdida de afiliados y contener el avance de la medicina prepaga. La resolución conjunta MSAS N° 170, MEyOSP N° 334 y MTSS N° 241 d e marzo de 1998 reglamenta las acciones bajo la administración de ANSES.

Para entonces el escenario comenzó a mostrar numerosas fisuras. Los hospitales de autogestión carecían de insumos y la cantidad de población demandante aumentaba en la medida que se agravaba la situación social; las obras sociales quebraban por la pérdida de cotización de los asalariados que de este modo perdían su protección de salud y las entidades financiadoras buscaban alianza con sanatorios y profesionales independientes a fin de optimizar recursos. En este esquema surgió un nuevo actor: las gerenciadoras, quienes se “responsabilizaban” de administrar la cápita y de asumir así el riesgo económico, claro está que desde la óptica de la rentabilidad empresarial.

Ya con nueva administración central, pero sin cambio en los principales lineamiento, en el 2000 el PEN dictó el Decreto de necesidad y urgencia N° 446 por el cual se avanza nuevamente sobre las obras sociales creando la modalidad que el gobierno definió de “competencia regulada” entre todos los agentes del seguro de salud, incluidos aquellos cuyo objeto era exclusivamente comercial o lucrativo.

Nuevamente, la rentabilidad económica de las empresas de medicina prepaga doblegó la función social del Estado al lograr su incorporación al Sistema de las leyes N° 23.660 y 23.661, lo cual surge palmario de los considerandos del decreto 446/00 donde se alude a la “limitación de la competencia que denota el sistema” y a la necesidad de “asegurar la competencia evitando distorsiones indeseables”.

Está claro que el PEN pretendió degradar a las obras sociales Sindicales, facilitando el ingreso al Sistema del Seguro de Salud, de empresas comerciales con fines de lucro que intervienen en el mercado de la salud con el único objeto de obtener ganancias, en desmedro del carácter solidario y tuitivo que son de la esencia de las Instituciones de la Seguridad Social. Son tan explícitos los decretos, que en los considerandos del N° 1140/00 se indica la finalidad de “no sólo reducir los riesgos en la salud de los afiliados, sino también mejorar el potencial de los eventuales prestadores” (Lanari y Slavin, 2005)

Reforma y Desequilibrios

A fines de los noventa la reforma sectorial había quedado totalmente definida tanto por los mecanismos de ordenación como de control. Según información oficial para ese entonces en el país había 3.311 establecimientos con internación, de los cuales 1.271 en el sector público, 47 en el subsector de obras sociales, 1.990 en el sector privado y 3 mixtos, conjunto que en casi toda su extensión se encontraba en crisis.

Siguiendo a Rossi y Rubilar (2005), por datos recogidos por la representación OPS en Argentina, constatamos la magnitud de los problemas por los que atraviesan hospitales públicos de provincias y Capital Federal:

- Los presupuestos que ya eran deficitarios se vieron notoriamente comprometidos por el aumento significativo de los precios de los insumos, instrumental y servicios. Los precios de los medicamentos y del material descartable aumentaron en promedio 290 y 340%, respectivamente. En algunos hospitales el rubro medicamentos llegó a representar 70% del presupuesto de la institución. Los medicamentos más difíciles de reponer fueron los anestésicos, los antibióticos de amplio espectro, los hemoderivados, la insulina, los antirretrovirales y otros.
- Quedó afectado el acceso al crédito, aún para plazos breves, y el aumento de precios, que incluso fue mayor que el del dólar, limitó seriamente la capacidad de compras programadas obligando a adquirir cantidades mucho menores.
- Los proveedores exigieron el pago al contado, o el pago diferido con fuertes sobreprecios.
- En algunos casos fue preciso retomar la práctica de volver a usar los materiales reciclables y de reutilizar prótesis previa esterilización.
- Suspensión de pruebas de laboratorio por falta de insumos y reactivos, falta de placas radiográficas. Paralización de equipos de alta tecnología con elevado costo de funcionamiento y mantenimiento.
- El deterioro del salario real y el atraso en el pago de haberes suscitaron frustración y afectaron la motivación del personal.
- La falta de presupuesto obligó a postergar la reparación y el mantenimiento de diversos equipos, tales como esterilizadores, autoclaves, nebulizadores, tomógrafos, aparatos de rayos X y ambulancias, así como los arreglos de la infraestructura física en edificios de hospitales que suelen tener muchos años de contruidos.
- Fue preciso racionar la alimentación ofrecida a los pacientes internados.

- Se percibió un aumento en la cantidad y complejidad de los trámites administrativos, especialmente en las compras, por las dificultades y nuevos procedimientos que planteaba la cambiante situación.

Como señalan las autoras, esta crisis afectó tanto al subsector público como al privado. Para enero de 2002, el 62% de los agentes del seguro, en el área metropolitana de Buenos Aires, no llegaba a cumplir con las normas del PMO⁴. Este incumplimiento llegó en otras regiones al 80%. Cabe señalar que la aceptación de hecho del bajo cumplimiento del PMO por parte de los agentes del seguro se convirtió en una modalidad operativa habitual.

Por otra parte, la recaudación del PAMI cayó cerca de un 40% acumulando un déficit total a junio de 2002 de más del 75% del total de su presupuesto operativo anual, por lo que tampoco pagaba las capitas comprometidas con los prestadores privados.

Otro factor que agudizó los conflictos fue el efecto post devaluación. Muchos de los prestadores habían contraído importantes deudas cuando saltaron la brecha tecnológica e incorporaron tecnología de avanzada. No olvidemos el contexto de innovación, sobre todo de tecnología informática, que cambiaron métodos de diagnóstico e intervención. A ello se suman medicamentos y otros insumos que continuaron ajustados a los precios de la anterior economía.

Ante la envergadura de los hechos el gobierno nacional declaró la Emergencia Sanitaria Nacional (decreto 486/02). Conforme a la letra de las acciones a seguir el Ministerio de Salud elaboró un esquema para dar respuesta a tres grandes desafíos: sostener y mejorar el sistema de salud para evitar el deterioro de la situación sanitaria; curar al sistema de salud avanzando hacia una reforma progresiva y obtener más salud para los argentinos.

Como parte de la nueva política se promulgó la Ley 25.649, de medicamentos genéricos, también se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

⁴ El PMO - Programa Médico Obligatorio de Emergencia – (Res. N°201/2002 MS), establece las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar las Obras Sociales y los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1° de la Ley N°2 3.660.

Política Nacional de Salud 2002 / 2003		
Instrumento de Política	Implementación	Propósito
Programa Nacional de Emergencia Sanitaria	Inmediata y por 90 días	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidad de los servicios públicos de salud a través del abastecimiento de sus insumos básicos. • Protección de los grupos más desfavorecidos (por desempleo del jefe de familia, por su edad o por su exposición a condiciones ambientales adversas) • Reducción el riesgo sanitario y epidemiológico para el conjunto de la población
Programa de Recuperación de la capacidad de respuesta del sistema de salud	A partir de los 90 días	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso Sanitario Federal • Reactivación de los servicios de la seguridad social • Concertación, participación intersectorial y de la comunidad como mecanismo de regulación y ajuste de las acciones a implementar. • Monitoreo y seguimiento. • Reorganización de programas y servicios
Plan Nacional de Salud	2002-2003	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar los resultados sanitarios con un uso eficaz y eficiente de los recursos disponibles • Universalizar la cobertura de los seguros de salud. • Promover la competencia a través de un esquema de pluralismo estructurado • Avanzar hacia la equidad en el acceso y en la financiación de los bienes y servicios de salud

A pesar del diagnóstico y del planteo de mejorar las consecuencias de la reforma con otra reforma, la situación del sistema de salud continúa siendo crítica y los recursos para revertir las condiciones de prestación requieren, tal como lo señala Paganini (2006), un nuevo paradigma que contemple los valores de equidad y justicia.

La Realidad En Términos Relativos: Debilidades y Fortalezas

Pese a la gravedad de la situación aún se mantienen en el país ciertos rasgos que permiten sostener un nivel aceptable de funcionamiento del sistema de salud. De acuerdo al estudio ya citado de Abuelafía, Argentina, en comparación con otros países de similar nivel de desarrollo, tiene al inicio del milenio un sistema de salud altamente desarrollado. La expectativa de vida al nacer es de 71 años, superior al promedio de los países de América Latina y que todos los países de igual nivel de ingreso. La tasa de mortalidad infantil ha disminuido un 45% desde 1970 y la cobertura de servicios de salud es relativamente buena en todos los niveles de ingreso. La cantidad de médicos (30 cada 100.000 habitantes) y de camas disponibles 4.5 cada 1.000 habitantes) y la dotación de personal –técnicos y otro profesionales de buena formación- es comparable con muchos países desarrollados.

El modelo argentino cuenta con una variada oferta de prestadores institucionales. Existen en el país aproximadamente 17.850 instituciones de salud de las cuales 14.530 son sin internación, el 55% corresponde al sector privado. Si bien la distribución geográfica es heterogénea aun las regiones que poseen menor cantidad de camas por habitantes no reflejan escasez de camas hospitalarias. En las provincias de Bs. As., Córdoba, Santa Fe, y Ciudad de Buenos Aires se aglutinan más del 70% de las camas privadas y el 64% de las camas públicas, esta proporción está relacionada con el hecho de que estos centros funcionan como centros regionales de derivación de alta complejidad del resto del país. (Colina et al, 2004)

De acuerdo a la OMS solamente 17 países en el mundo gastan más en salud como porcentaje del producto que Argentina. Según la información que aporta Novick, en “La Salud en Argentina 2003”, antes de la crisis de 2001, Argentina era el país que más gastaba en salud en América Latina, con 1.091 dólares corregidos por poder de compra, cifra semejante a Uruguay (1.005) y las Bahamas (1.137) y, fuera del continente, a Singapur (913), y superada de forma importante en el continente solamente por Estados Unidos (4.499) y Canadá (2.534).

A pesar de lo cual, la inversión que se hace en el país, no estaría siendo aprovechada en plenitud ya que países con iguales recursos alcanzan resultados superiores de acuerdo a los indicadores típicos de costo – beneficio, (Colina, op.cit).

Una prueba de ellos es el acceso diferencial a la salud, un poco más del 43% de la población total depende de la oferta sanitaria del Estado - hospitales públicos y centros de salud – y la localización de los mismos no garantiza una cobertura universal. La demanda en estos prestadores está relacionada con la falta de cobertura de otras instancias aseguradoras.

Estas y otras debilidades del sistema eclosionaron en el último período recesivo donde la crisis del sistema, como ya hemos visto, tuvo como respuesta, la emergencia sanitaria.

La ley de medicamentos y la de salud reproductiva son parte de esa respuesta y a la vez son signos de una transformación positiva, no obstante la federalización del sistema deja poco margen para el diseño de una política nacional.

Luego de la situación más acuciante del 2001 el gasto en salud, según datos oficiales, creció muy levemente, pero paralelamente aumentó en forma significativa el gasto público social. Si estas estimaciones las observamos en un contexto de crecimiento del empleo y reducción de la pobreza, podemos inferir que, a pesar de no haber aumentado la financiación específica, existe una mejoría en términos de calidad de vida y por tanto en la salud de la población.

Hasta aquí hemos caracterizado las herramientas de ajuste, de contención del gasto público y redireccionamiento hacia el sector privado, descripto los efectos en el sistema y la nueva conformación en términos de distribución de roles, funciones y réditos. A pesar del

desmantelamiento del sistema de salud argentino aún podemos identificar algunas fortalezas, las cuales, como sintetizamos en el siguiente cuadro, constituyen el marco de referencia para describir ciertas especificidades del sector.

Características del Sistema de Salud	
Fortalezas	Debilidades
✓ Variada oferta de prestadores institucionales	✓ Inequidad en el acceso a la salud
✓ Disponibilidad de recursos humanos	✓ Poca capacidad para actuar preventivamente
✓ Disponibilidad de recursos físicos	✓ Saturación de demanda en el subsistema público
✓ Calidad de formación de los RR HH	✓ Situación en que se encuentran las obras sociales
✓ Existencia de consensos para mejorar la calidad de los servicios	✓ Desconfianza entre los actores como producto de la reestructuración reciente,
✓ Incorporación de Tecnología	✓ Carencia de insumos
✓ Nueva política de medicamentos	✓ Ineficiencia en la relación costo-beneficio
✓ Aumento del gasto social	✓ Precariedad laboral del sector

En este esquema hay que considerar que, tal como sucedió en otros sectores de actividad, el recorte presupuestario implicó bajar su principal componente que es el costo laboral. Dado que existe una correlación directa entre la situación laboral (condiciones de trabajo-remuneraciones), la situación de los prestadores de salud y la calidad de las prestaciones, este último punto es uno de los que ha despertado mayor interés entre los especialistas del campo de la salud.

La implicancia de los mecanismos puestos en marcha para reestructurar el sistema de salud tuvieron consecuencia directa en los trabajadores del sector, los cuales, al igual que el resto de

la fuerza de trabajo, se vieron afectados por los cambios impuestos por el nuevo elemento organizador de las relaciones laborales, la flexibilización laboral.

Desde esta perspectiva avanzaremos en el análisis de la situación de los recursos humanos para luego indagar sobre el déficit de dignidad de los puestos de trabajo entre los profesionales del sector.

Recursos Humanos En El Campo De La Salud

Como destacan Brito, Galín y Novick (2002), el examen de las relaciones laborales en el sector salud debe ser introducido con un examen de los modelos regulacionales en el conjunto de la economía, y la administración pública. Estos factores codeterminan, junto a las reformas sectoriales, las características específicas de las relaciones laborales.

Los ejes de las reformas ortodoxas aplicadas en los noventa caracterizadas por la aplicación de políticas de desregulación, privatizaciones, desestatización, desconcentración y subcontratación fueron el marco consistente para imponer la lógica de mercado en el sistema de salud. Con ello sobrevinieron los procesos ya descriptos de descentralización, competencia entre prestadores - público y privado-, tercerización, nuevas formas de gestión y organización de servicios, impulsando con ello la movilidad laboral. Estas transformaciones tuvieron implicancias directas en el tamaño y la calidad del empleo⁵.

En el caso particular de América Latina, como consecuencia de los cambios en el sector, surgieron nuevas modalidades como la contratación por servicio, el cobro por factura y el pluriempleo, que modificaron definitivamente el trabajo estable y protegido, y en cierta medida contribuyeron a la transferencia de profesionales del sector público.

Como resabios de estas políticas quedaron arraigadas formas precarias de contratación, remuneraciones variables, flexibilidad laboral, nuevos roles para los profesionales e insatisfactorias condiciones de trabajo, todas ellas caracterizan los ejes actuales de la problemática del personal de salud.

La envergadura de la misma convocó la atención de organismos internacionales – OPS, CEPAL, OIT - y de algunos países de la región que desde 1997 vienen trabajando en forma conjunta para implementar un Observatorio de Recursos Humanos, (Dal Pozo et al, 2000).

⁵ Según reseña Rovere (2007) casi el 5% de la PEA de varios países de la región trabajan en este campo, esto es porque en relación con la salud existen más de veinte profesiones universitarias, cerca de cien especialidades y alrededor de cuarenta carreras técnicas y auxiliares.

Con ello, se buscó dar visibilidad a una situación “ignorada” al momento de aplicar las recomendaciones de organismos internacionales que alentaban como medidas para salir de la crisis la reducción de costos, una mayor eficiencia, la libre competencia y, en particular, la reestructuración del empleo público en el sector. En éste punto, la clave era la reducción de puestos de trabajo, la diferenciación salarial vía incentivos y la restauración de una burocracia tradicional –orden, jerarquía, procedimiento formal y mayor responsabilidad- (Brito et al, 2002, op.cit.)

La prueba empírica recabada en países de la región enfrentó a los analistas con un mapa laboral en donde convivían dos modelos de relaciones laborales, por un lado el fordista-taylorista (del esquema Bienestar), por otro, el modelo flexible introducido por la reforma, el cual, como hemos visto y a nuestro juicio, no desreguló sino que creó nuevas regulaciones con implicancias en las en la organización de las tareas y en la identidad de las personas. La doble agenda con paradigmas contrapuestos en el sector abonó las preocupaciones ya esbozadas por De la Garza sobre los cambios y la crisis del trabajo.

Volviendo entonces a la propuesta del Observatorio de RR HH, en el caso de Argentina, se consolidó sobre la base de los estudios de Novick y Galín (2003) quienes demostraron que los efectos de la reforma en relación con el empleo tuvieron variadas manifestaciones.

Por una parte, la dependencia de los trabajadores de la salud se acentuó al aumentar la proporción de trabajadores asalariados; por otra, creció la proporción de trabajadores no calificados, disminuyeron los profesionales y aumentaron las restricciones a los médicos para el ejercicio de sus incumbencias. En el caso de los profesionales médicos el aumento de dependencia selló la clausura del modelo que había caracterizado a la profesión como una actividad liberal por excelencia. De acuerdo a Galín (2002), mientras que en 1990, casi una cuarta parte del personal empleado en el sector salud se desempeñaba como cuenta propia, en el 2000, según datos de EPH, se registró una disminución drástica.

Conforme a los datos del Censo 2001, el 66,6% de la población de más de veinte años que posee título de profesional médico o carreras afines trabaja como asalariado. Del total de médicos el 65,7% se ubica en esa categoría ocupacional y el 27,6% lo hace como cuenta propia.

Disciplina, área de estudio	Cuadro VII: Población ocupada de 20 años y más que completó el nivel universitario por categoría ocupacional						
	Total	Obrero o empleado		Patrón	Trabajador por cuenta propia	Trabajador familiar	
		Sector público	Sector privado			Recibe sueldo	No recibe sueldo
Total	927.129	311.726	261.022	91.649	252.244	4.694	5.794
Medicina y carreras auxiliares	148.192	67.422	31.350	8.879	39.626	338	577
Medicina	105.672	50.671	18.791	6.634	29.201	141	234
Enfermería	9.865	5.923	3.291	100	455	24	72
Kinesiología	10.043	2.293	1.912	754	5.000	27	57
Fonoaudiología	6.159	2.369	1.492	291	1.946	22	39
Resto	16.453	6.166	5.864	1.100	3.024	124	175

E/P Fuente: Censo Nacional de población y vivienda 2001 –INDEC-

Además de la ya mencionada expansión del pluriempleo, de acuerdo a la evidencia del trabajo de Galín, el personal de salud registra también incrementos en los indicadores de sobreempleo y precarización.

La situación descripta para nuestro país no es diferente de la de los otros países vinculados al monitoreo del Observatorio de RR HH de OPS, aunque por las especificidades del ámbito nacional tiene características propias. El análisis comparado es uno de los abordajes más frecuentes en este campo, más aun cuando el sentido de las reformas proviene de experiencias ya probadas en Europa y Estados Unidos. Más allá de particularidades locales, los estudios realizados en el campo de la problemática laboral permiten identificar los males comunes que se arrastran en los sistemas de salud, como así también las consecuencias de las reformas y, tal como se sintetiza en el esquema siguiente, los desafíos ante el escenario actual.

Complejidad Problemática De Los Recursos Humanos De Salud		
PROBLEMAS ESTRUCTURALES	Problemática derivada de las REFORMAS SECTORIALES	NUEVOS PROBLEMAS (Globalización)
Inequidades en la distribución geográfica y por niveles de atención de los RRHH. Déficit en la APS	Descentralización y crisis de la administración de personal vigente	Desregulación del mercado de trabajo.
Desequilibrios en la composición y estructura de la fuerza de trabajo	Cambios en los mecanismos de regulación – desregulación	Falta de protección social de recursos humanos
Alto porcentaje de los gastos del Estado destinados al personal de salud, pero combinado con bajos salarios	Flexibilización / precarización del trabajo, conflictividad laboral.	Nueva gobernanza sanitaria a nivel global. Debilidad autoridad sanitaria nacional
Ausencia – debilidad de políticas, planificación, regulación y gestión de la fuerza de trabajo. Ausencia de un modelo de atención de referencia	Modelo gerencialista y sistemas de incentivos monetarios a la productividad.	Emigración creciente de profesionales y reclutamiento internacional incontrolado y desregulado
Inequidades de género en una fuerza de trabajo de mayoría femenina	Requerimiento de nuevas competencias para enfrentar las nuevas funciones.	Inexistencia de normativa para el ejercicio profesional internacional
No existe integración entre formación y servicios lo que ocasiona una inadecuada formación	Aumento incontrolado de la oferta educativa en salud, debido a la privatización	Debilidad de los aparatos de salud pública para la gestión de políticas públicas globales.

Brito (2006) OPS- OMS

En síntesis, resulta obvio advertir que la tendencia reformista, basada en principios de eficiencia, eficacia y calidad, fue estéril para resolver las debilidades existentes. Se impuso subestimando el carácter mismo de los trabajadores de la salud, que como refieren Dussault y Rígoli (2002: 38) *“son actores con un proyecto y una estrategia propios, capaces de reaccionar individual o colectivamente a los proyectos de los gobiernos, a veces retardando los recortes presupuestarios y evitando el deterioro de la calidad (y por tanto defendiendo a la población contra una reforma potencialmente perjudicial), pero a veces bloqueando la distribución más equitativa de los recursos (conspirando contra un mejor sistema de salud para todos)”*. Además, desarticuló el modelo preexistente sin prever el impacto de los cambios.

La percepción de la realidad incrementó las tensiones naturales frente al cambio que se transformaron en acciones en defensa de los propios intereses.

Crisis y Reacción

Las reacciones a las que hicimos referencia se ponen en evidencia cuando se analiza el nivel de conflictividad que se fue generando en éstos último años, para ello indagaremos cuándo, cómo, y por qué, surgieron los reclamos y cuál ha sido el carácter de los mismos.

Como hemos visto la crítica realidad económica, política y social que detonó en año 2001, afectó al conjunto del sector y si bien el alcance de las demandas es heterogéneo, la mayoría de las manifestaciones son reclamos por mayores salarios o por condiciones de trabajo. Razón

por la cual los indicadores de conflictividad tales como huelgas, petitorios, paros rotativos, días y horas no trabajados, tienen un denominador común el reclamo por mayores recursos tanto para compensar los bajos salarios, como para poder responder a las necesidades de la demanda. Ver Anexo II

En el marco del quiebre financiero del sistema y declarada la Emergencia Sanitaria, el gobierno nacional a inicios del 2002 firmó el Acta Acuerdo del sector salud en el marco de la Mesa de Diálogo. Con ello se buscó trabajar con todos los actores sociales de manera de acordar instrumentos de alto impacto socio- sanitario y mejorar la situación en el sector. No obstante, al igual que en el resto de la región y producto de políticas similares, el nivel de conflictividad continuó incrementándose. Según datos del informe difundido por la OPS a través del “Panorama de las Organizaciones de Profesionales y Trabajadores de la Salud en Región de las Américas” (Scavino, J. 2004), en 2003 en la región se produjeron 37 huelgas, mientras que durante 2004 la conflictividad laboral del sector salud creció un 72,97%.

El 81,25% de los paros realizados ese año tuvo como principal demanda el incremento de remuneraciones y de presupuesto para el sector salud. Según se discrimina las organizaciones (12 de trabajadores, 10 de médicos, 6 de enfermeras y obstetras y 3 de otros profesionales de la salud) fueron las que convocaron al acatamiento de la medida que en Argentina, liderado principalmente por la Central de los Trabajadores Argentinos, se extendió a nivel de regiones y centros asistenciales, casi todos ellos de carácter público. En el 2005, dada la concentración demográfica, la cantidad de establecimientos públicos y el nivel de organización de los trabajadores de la salud, los conflictos se concentraron en la provincia de Buenos Aires en donde funcionan 77 hospitales provinciales, que ocupan 42 mil agentes (de ese plantel, 15.400 son profesionales, de los cuales 11.000 son médicos. De acuerdo con las estadísticas oficiales, se realizan aproximadamente 10 millones de consultas médicas y un millón de atenciones odontológicas por año. El sistema tiene 12.836 camas y se registran en total 410.300 internaciones anuales), con lo cual es claro advertir la repercusión de las medidas relativas a los reclamos.

Según declaraciones de la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP) el origen de los mismos tiene raíces estructurales y se relacionan con la pérdida del poder adquisitivo de los salarios junto a la disminución de los ingresos profesionales en la Seguridad Social y los Seguros Privados, en favor de los empresarios de salud, los laboratorios farmacéuticos, los dueños de la tecnología y la intermediación burocrática y financiera. Como así también por la disminución de los presupuestos públicos – nacionales y provinciales - de salud. A pesar de las políticas implementadas a nivel nacional la situación no

mejoró y en el año 2006, según informa la Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales del MTEySS, aproximadamente el 14% de los conflictos con paro a nivel nacional, correspondieron a salud. Este tipo de manifestación si bien involucró tanto al sector público como al privado, abarca más claramente a quienes tienen dependencia estatal, situación que se evidencia no sólo por la cantidad de paros realizados sino por las jornadas no trabajadas a causa de las protestas. De acuerdo a las fuentes sindicales, las reivindicaciones no sólo tienen que ver con la retribución de la tarea sino también con la necesidad de que se realicen en los hospitales públicos más designaciones y, en el caso particular de Buenos Aires – recordemos el carácter federal del sistema- donde el 2007 se inició con el paro de los 77 hospitales bonaerenses, el conflicto laboral expresa la necesidad de mejorar la calidad de la tarea y dar cumplimiento de la Ley provincial N° 10. 471 referida a la Carrera Hospitalaria, la cual fue sancionada en marzo del año 2000. Está claro que los reclamos se refieren a la falta cantidad y calidad del trabajo, ambos ejes de nuestro análisis.

Con la información hasta acá recogida y los argumentos trazados, hemos presentado distintos niveles de descriptivos. Desde una perspectiva macro analizamos el funcionamiento del mercado de trabajo y la evolución de las relaciones laborales; a nivel meso tuvimos la visión sectorial; seguidamente, para abordar el estudio propuesto desde el enfoque micro realizaremos un ejercicio de aproximación que nos permita caracterizar, a grandes rasgos, la situación ocupacional de los RR HH de salud desde el punto de vista del déficit de Trabajo Decente. Finalmente, mediante los criterios propuestos en el capítulo IV, describiremos la situación laboral de los profesionales médicos que se desempeñan en efectores de salud del mismo nivel de complejidad.

Estimación Del Déficit De TD En Los Profesionales De La Salud

La descripción de la ocupación de los trabajadores de la salud, desde la perspectiva de análisis del TD, nos enfrenta con ciertas limitaciones ya que, como se señala en los trabajos que abordan la problemática de empleo en salud, la información específica es débil y fragmentada. Uno de los principales escollos es la heterogeneidad del sector que agrupa en un mismo campo a calificaciones muy diversas.

No obstante, y a riesgo de ello, indagamos ciertas características de salud versus el resto de los sectores, para constatar a nivel agregado el comportamiento de las variables que utilizaremos en el análisis de casos, es decir: extensión de la jornada, remuneraciones; registración; vacaciones; estabilidad y cobertura de salud, con excepción de las relacionadas con seguridad y condiciones de trabajo, que no son relevadas por la EPH.

Para poder identificar la evolución de la ocupación en el sector⁶ tomamos como puntos de comparación dos momentos de la Encuesta de Hogares, el año 2003 en que se inicia el relevamiento de la EPH continua, y los últimos datos disponibles del año 2006⁷.

De acuerdo con los mismos, en ese lapso se verifica un cambio en la estructura de la ocupación, ya que mientras disminuye la participación del personal de salud, profesional y no profesional, se registra un aumento significativo de trabajadores que no se inscriben en la especialidad. Situación que estaría justificada por el crecimiento de ocupaciones en el área administrativa. No obstante, los trabajadores de la salud registran un leve repunte en la inserción en puestos pertinentes con su formación.

Cuadro IX: Composición sector salud		
	2003	2006
Profesionales* en ocupaciones de salud	36,9	33,5
No profesionales** en ocupaciones de salud	34,7	31,0
Profesionales (no de salud) en ocupaciones de salud	2,4	3,0
No profesionales (no de salud) en ocupaciones de salud	26,0	32,5
Total	100,0	100,0

E/P. Fuente: EPH /*Profesionales: calificación profesional y título superior completo
No profesionales**: técnicos, operativos y no calificados.

Cuadro X: Tipo de ocupación *		
	2003	2006
Dirección	6,1	5,2
Gestión administrativa, contable, comunicaciones	15,8	20,2
Comercialización	2,5	2,8
Servicios sociales	68,8	63,1
Otros Servicios	4,4	5,4
Resto	2,3	3,2
Total	100,0	100,0

E/P Fuente: EPH/*Según el nomenclador de ocupaciones

⁶ Los datos incluye a ocupados que se desempeñan en establecimiento relacionados con salud humana.

Cuadro XI: Trabajadores de la Salud según sector de inserción		
	2003	2006
Trabajan en el Sector salud	75,6	76,1
Trabajan en el Resto de sectores	24,4	23,9
Total	100,0	100,0

E/P Fuente: EPH

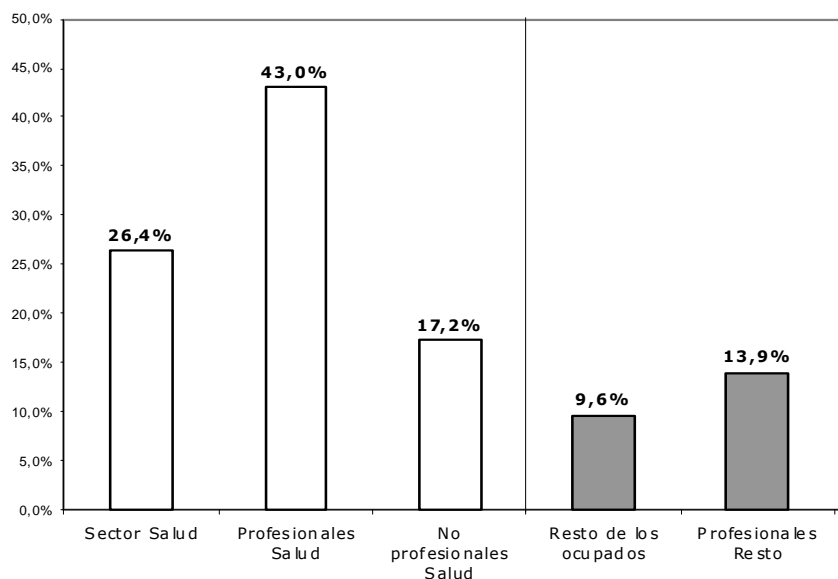
La observación de las categorías ocupacionales muestra, consistente con otros estudios ya comentados y en consonancia con el comportamiento dinámico del empleo en el total de la ocupación, que las relaciones de dependencia continúan incrementándose en detrimento de patrones y cuenta propia. Como datos singulares en salud, llaman también la atención el crecimiento en aproximadamente 10 pp. de la ocupación plena, la baja en la sobreocupación, que a diferencia del resto de los sectores cayó en 3 pp., y el aumentó, casi en la misma proporción, de la cantidad de ocupados que declaran tener una sola ocupación, lo cual refleja un quiebre en el sector de la tendencia sostenida en los últimos años hacia el pluriempleo.

Cuadro XII: Composición de la ocupación TOTAL					
		2003		2006	
Sector		Salud	Resto*	Salud	Resto*
Categoría ocupacional	Patrón	4,8	4,5	3,6	4,5
	Cuenta Propia	15,1	25,0	13,8	22,3
	Empleado	80,0	70,5	82,6	73,2
Intensidad de la ocupación	Subocupado	15,4	16,4	9,2	11,1
	Ocupado pleno	51,9	41,9	61,0	44,9
	Sobreocupado	32,8	41,8	29,8	44,0
Cantidad ocupaciones	Una	77,7	92,4	80,1	92,8
	Dos o más	22,3	7,6	19,9	7,2
Total		100,0	100,0	100,0	100,0

E/P Fuente: EPH Datos referidos a la ocupación principal.

*No incluye servicio doméstico, ni planes de empleos, ni trabajadores no remunerados.

Ocupados con pluriempleo. 4º Trimestre de 2006. Total de aglomerados relevados



Fuente: MTEySS, SSPTyEL con datos de EPH

Sin embargo, la multiocupación continúa siendo una de las características más relevantes del sector y atañe particularmente a los profesionales ya que más del 40% de ellos tienen más de una actividad. Este comportamiento no se refleja en forma equivalente en el conjunto del resto de los sectores.

De igual modo, cuando comenzamos a indagar la calidad del trabajo según los indicadores de TD, advertimos que en salud disminuye la cantidad de personas que trabajan más horas que las legalmente aceptadas para asalariados (48 hs. semanales). La situación involucra particularmente a mujeres cuyo tope de edad no supera los cuarenta años, es una tendencia que se constata tanto en el sector público como en el privado y que alcanza, dada la contraposición de datos, a quienes están en relación de dependencia.

Cuadro XIII: Ocupados con jornadas extendidas				
	2003		2006	
Sectores	Salud	Resto	Salud	Resto
Total	25,9	35,5	22,9	36,1
Varón	38,5	41,2	37,6	41,9
Mujer	18,8	24,4	15,3	24,6
Hasta 40	27,8	34,7	22,6	34,9
Mayor de 40	24,2	36,6	23,0	37,6
Sector Público	26,8	18,0	21,4	20,2
Sector Privado	27,8	35,8	23,6	36,4
Patrón /CP profesional	21,2	57,2	25,1	55,8
CP no profesional	18,7	40,9	19,3	40,1

E/P Fuente: EPH Datos referidos a la ocupación principal

Cabe recordar que la medición del tiempo como un proxy de calidad requiere en salud un abordaje particular ya que las jornadas varían, en los hospitales públicos son habituales las 36 hs. semanales, la forma de contabilizar guardias afecta las respuestas y, fundamentalmente, para conocer tiempo de trabajo debemos saber cómo se distribuye, y eso depende de la tarea que se realice.

Este tipo de restricción, que surge cuando queremos examinar grupos pequeños con esta fuente de información, se acentúa en el tratamiento de los ingresos ya que la heterogeneidad conspira al momento de elaborar una conclusión. A pesar de lo cual, resulta interesante observar las variaciones de los conjuntos comparados ya que en sólo tres años la disminución del déficit de ingresos es palpable para la totalidad de ocupados, siendo entre todos más beneficiados los varones ocupados en salud que la mujeres, brecha que puede explicarse a la luz de la fuerte segmentación de la rama, en donde está sobredimensionada la participación de la mujer en tareas poco calificadas, (Pautassi, 2007)

Cuadro XIV: Ocupados con ingresos insuficientes⁸				
	2003		2006	
Sectores	Salud	Resto	Salud	Resto
Total	36,0	56,3	19,9	39,7
Varón	30,2	57,1	10,9	39,0
Mujer	39,1	54,7	24,4	41,1
Hasta 40	45,9	61,5	22,7	44,0
Mayor de 40	27,9	49,0	17,3	33,8
Público	37,5	34,2	18,2	14,6
Privado	41,9	61,2	23,7	42,0

E/P Fuente: EPH

Otro de los aspectos relacionados con la calidad es la registración de la cual solo puede darse cuenta en los asalariados. En este sentido los cambios positivos se hacen visibles más en el resto de los sectores que en el ámbito de salud y entre varones, más que entre mujeres. Las cuales, incrementaron el déficit de registración según los segmentos de edad siendo en salud más perjudicadas las trabajadoras mayores de 40 años.

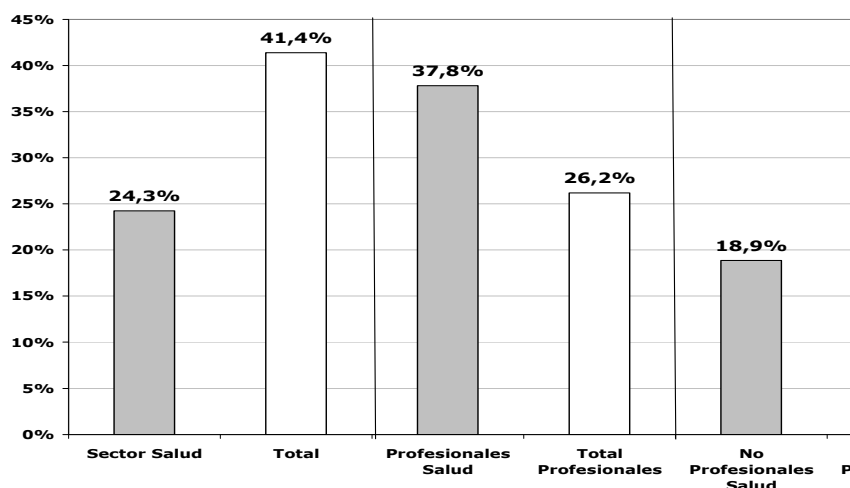
Cuadro XVI: Asalariados sin descuento jubilatorio				
	2003		2006	
	Salud	Resto	Salud	Resto
Total	23,0	38,1	23,2	35,1
Varón	24,6	41,2	23,9	37,4
Mujer	22,2	32,2	22,8	30,9
Hasta 40	32,5	44,3	30,5	55,8
Mayor de 40	14,8	28,4	16,1	26,5
Sector Público	14,0	10,4	11,4	9,2
Sector Privado	31,5	46,4	32,6	42,0

E/P Fuente: EPH Datos referidos a la ocupación principal

Si este dato lo observamos según la calificación de la tarea podemos concluir que en Salud, los profesionales son los más vulnerables dado el elevado porcentaje de no registrados que emplea el sector.

⁸ Porcentaje de ocupados con ingresos inferiores a los necesarios para cubrir la canasta básica total con relación al total de ocupados. Para esta estimación se consideran ingresos y horas totales de la ocupación

Tasa de empleo no registrado del sector Salud y del Total. 4° Trimestre de 2006. Total de aglomerados relevados



Fuente: MTEySS, SSPTyEL con datos de EPH

La estabilidad es otra dimensión de calidad y en este sentido el déficit lo define una débil relación de dependencia laboral⁹.

Resulta evidente que el patrón de crecimiento del empleo impulsado en los últimos años mejoró las condiciones de permanencia en los puestos de trabajo y ello se refleja marcadamente en la situación de los trabajadores de la salud y, en particular, del sector público.

⁹ Este es el caso de los asalariados inestable que se encuentran en alguna de las siguientes situaciones:
a) personas que tienen una relación regulada por un contrato de locación de servicios entre éstos se pueden distinguir en la EPH dos grupos: i) quienes emiten factura y/o aportan a la seguridad social y ii) aquellos que declaran que el empleo tiene finalización y el plazo es menor a un año; b) quienes declaran estar con beca, pasantía o ad honorem; c) personas cuyo sueldo es abonado por una agencia de empleo lo cual implica intermediación y por ello la fragilidad de la relación capital-trabajo; d) personas no perciben salario y su ingreso es por comisión y/o propina.

Cuadro XVII: Asalariados con relación inestable				
	2003		2006	
Sectores	Salud	Resto	Salud	Resto
Total	19,4	15,8	16,0	14,2
Varón	19,8	16,0	19,5	14,4
Mujer	19,2	15,6	14,4	13,9
Hasta 40	25,3	17,8	21,1	15,5
Mayor de 40	14,0	12,7	10,9	12,1
Sector Público	18,5	10,2	13,5	9,4
Sector Privado	20,3	17,5	18,1	15,5

E/P Fuente: EPH Datos referidos a la ocupación principal

El derecho al descanso, es otro indicador que consideramos al momento de definir el dTD. La posibilidad de acceder a vacaciones remuneradas no se modificó en la rama salud excepto para los trabajadores varones ya que entre las mujeres, su situación empeoró sustancialmente, afectando al personal femenino más joven, situación que se replica en el resto de los sectores.

Cuadro XVIII: Asalariados sin vacaciones pagas				
	2003		2006	
Sectores	Salud	Resto	Salud	Resto
Total	19,6	37,0	19,9	33,9
Varón	23,3	40,3	19,8	36,8
Mujer	17,7	30,7	22,8	28,5
Hasta 40	24,4	42,9	26,8	54,5
Mayor de 40	15,4	27,4	13,2	25,1
Sector Público	12,1	10,7	10,1	9,2
Sector Privado	26,6	44,8	27,7	40,4

E/P Fuente: EPH

Si bien, podemos inferir con estos datos las tendencias predominantes, entre las cuales son visibles ciertos niveles de mejora, el instrumento de información no nos resulta adecuado para analizar en profundidad la situación real y concreta de la calidad del empleo. Más aun cuando los RR HH del sector son tanto múltiples como variados.

Realizar entonces un abordaje a nivel micro con otro herramental metodológico está ampliamente justificado. La propuesta que ponemos a prueba nos permitirá indagar las brechas

de calidad del trabajo de éstos recursos humanos, focalizados en un universo específico como son los profesionales médicos que trabajan en relación de dependencia los cuales habrían sido de los más afectados por los cambios implementados en el sector.

La descripción del contexto a diferentes niveles de análisis, los cambios en las relaciones laborales, las reformas sectoriales impulsadas por el orden simbólico dominante en los noventa, y sus implicancias en el sector seleccionado, son el marco de referencia para explicar las situaciones particulares en las que incursionamos a continuación.

Profesionales de La Salud: Los Médicos

Frente a un variado menú de opciones y de acuerdo a las evidencias recogidas, la situación de los médicos, a diferencia de otros trabajadores de la salud, presenta características peculiares y menos exploradas que la de otros trabajadores del sector, razón por la cual nos resultó de interés llamar la atención y enfocar hacia ellos el estudio.

Por una parte, el rol de la corporación médica ha sido central al momento de definir políticas en el sistema de salud. Como hemos visto, desde sus inicios, los intereses profesionales han sido un factor de poder al momento de definir acciones en ese ámbito. Además, gozan de un alto prestigio y reconocimiento social, lo cual los jerarquiza frente a otras profesiones. Pero, por otra, tal como analizamos anteriormente, el ejercicio de la medicina ha sido afectado por un persistente proceso de asalarización que lo fue desvinculando del carácter liberal de la profesión para subordinarla a diferentes formas de dependencia. Como así también, por el aumento de las restricciones para el ejercicio de sus incumbencias y por el multiempleo, situaciones que pudo comprobarse para el conjunto de profesionales de la Salud y que también se manifiestan en la significativa participación de los médicos en los reclamos por mejoras laborales.

Sin embargo, a pesar de los cambios, los médicos, por la propia jerarquía que les otorgan sus conocimientos mantienen una posición hegemónica que propicia asimetrías con el resto de los trabajadores no médicos, esa posición los haría susceptibles de realizar trabajos con niveles de menor dTD que los otros trabajadores de la rama.

A partir de esa premisa quisimos conocer cuál es el dTD en el trabajo profesional, qué situaciones afecta la tarea y cómo las perciben los médicos.

El Mercado Profesional De La Medicina

De antemano sabemos que el ejercicio de la medicina supone tener una vocación definida y haber transitado largos años de estudio. En nuestro país para estudiar la carrera los requisitos

de ingreso al sistema universitario son más estrictos y rigurosos que para otras formaciones, al punto de considerarse que esta selección es un cupo encubierto. Los estudios de grado son en promedio de mayor duración y que una vez finalizados, para lograr una especialidad los graduados deben concursar un cargo de residentes. Este paso produce un importante desgranamiento ya que el número de residencias que se ofrecen anualmente no guardan relación con el número de egresados¹⁰. El período formativo de un residente en promedio es de tres años con lo cual la carrera se prolonga en mínimo a diez años y de allí en más la práctica profesional se realiza en un proceso de educación continua. Si bien, para quienes no ingresan a la residencia existe la instancia de ser concurrentes, esta actividad no tiene la misma jerarquía, ni es conducente a título.

Desde la perspectiva que relaciona tiempo invertido en formación con acceso al trabajo, puede presumirse que entre los egresados de medicina los índices de desocupación son bajos y que además perciben buenos ingresos. Sin embargo, según datos del Ministerio de Educación de la Nación¹¹, la desocupación de los médicos en el año 2000 era tres veces más que la de los abogados, dos veces y media más que la de los contadores, y sus ingresos eran para ese entonces menores a otras especialidades que comparten con la medicina similares niveles de reconocimiento.

En relación con el prestigio, la tradición universitaria en Argentina muestra que la medicina es una de sus pilares educativos; desde 1822 se imparte en la Universidad de Buenos Aires y desde 1877 en Córdoba. Hoy en día, a pesar de las transformaciones en la profesión, de los requisitos y esfuerzos que suponen ser médico/a, sin que eso garantice ejercer como tal, “el ideal de la profesión médica”, señalan fuentes de académicas, sigue intacto.

La preferencia de los estudiantes universitarios así lo corrobora. Según las cifras de inscripción al ciclo básico común de la UBA en 2002, las carreras tradicionales acapararon la mayor inscripción. Abogacía concentró la mayor cantidad de inscriptos (6.959), seguida de Medicina (6.724), Psicología (6.302) y Contador Público (4.975). En el 2007, esta tendencia continuó tanto en la universidad pública como en las privadas. Por dar un ejemplo, en la UBA, que tiene

¹⁰ Según Borrell Bentz –Consultora de RR HH OPS/OMS – en Argentina egresan aproximadamente 3500 médicos anualmente y la mitad de ellos realizan estudios de postgrado. Medicina es una de las carreras reguladas por el Estado y la primera en ser evaluada por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria –CONEAU-, actualmente se imparte en 25 establecimientos de nivel universitarios, 15 de los cuales son privados. (Martínez Marull et al, 2000), (Abramzon, M. 2000, 2005)

¹¹ Se refiere al estudio difundido en el año 2000 “Perfil ocupacional de los egresados de la Educación Superior” difundido por el MECyT

la mayor matrícula nacional, sobre un total de 58.137 inscriptos las preferencias se concentraron, según cantidad de inscriptos, en Medicina (10,33% del total), Abogacía (10,28%), Psicología (7,70%) y Contador Público (6,99%). Lo cual confirma que la valorización de la carrera sigue siendo muy elevada y si bien ello está mediatizado por una vocación necesaria, también lo está por el reconocimiento social. Ver Anexo II

Por datos del censo del 2001 sabemos que el total de médicos es de 121.076 lo que establece a nivel nacional una relación de un médico cada 299 habitantes, con una distribución geográfica desigual, una mayor concentración en los centros urbanos más importantes y con menor cobertura en provincias como Formosa o Tierra del Fuego.

La densidad profesional, según ciertas interpretaciones, podría ser una de las causas de multiempleo, aunque esta no pareciera ser la única razón ya que la forma de desempeñar la profesión es heterogénea, las remuneraciones son muy variadas y dependen tanto de la radicación geográfica, como del tipo de inserción laboral y de especialización.

Si bien, para caracterizar la profesión existen variadas fuentes de información, como los trabajos de Abramzon (2003; 2005), los propios relevamientos del Ministerio de Salud, o el censo a profesionales matriculados, la variación de los datos no permite tener un registro único, homogéneo y con datos comparables. No obstante, hay coincidencias que revelan que la tasa de crecimiento de profesionales médicos es más o menos constante y mayor que el crecimiento de la población y que, desde el punto de vista laboral, tienden a insertarse cada vez más en organizaciones que trabajar en forma independiente.

Nuevamente, la asalarización aparece como un indicador de los cambios que propiciarían la precarización de la profesión, ello explica la elección que nos llevó a analizar el trabajo de los médicos en instituciones que ocupan a profesionales con distintos niveles de subordinación en su relación laboral.

Para aplicar entonces la metodología que indaga el dTD desde el puesto de trabajo, de acuerdo a lo descrito en títulos anteriores, seleccionamos dos casos de efectores de salud del Partido de General Pueyrredon, Provincia de Buenos Aires.

El dTD Estimado En Un Estudio De Casos

El estudio se llevó a cabo durante el año 2006 y 2007 en dos hospitales de la ciudad de Mar del Plata, el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Allende" y el Hospital Privado de Comunidad. Como ya hemos referido, comparten el hecho ser instituciones de salud de alta complejidad, lo cual los ubica en estándares similares en cuanto al tipo de prestaciones y en relación a los niveles de especialización de los recursos humanos que emplean.

En ambas instituciones los médicos trabajan en relación de dependencia, aunque con distinto grado de “subordinación”, término que desde el derecho explica la gradación del nexo entre empleador y empleado. En el hospital público son asalariados del estado provincial, en el hospital privado el empleo de los profesionales está mediatizado por su pertenencia a una sociedad, la cual trabaja para un solo establecimiento. Esta relación los define también como asalariados en sentido amplio¹².

La historia organizacional de ambos establecimientos participa de un origen común, aunque el sendero evolutivo las transformó en instrucciones totalmente diferentes. Si bien tienen un mismo paradigma de origen y hasta un mismo ethos institucional o “constelación de valores” (Mayntz, R., 1972), el hecho de pertenecer a distintos sectores hizo que los ciclos de reformas permearan en cada caso de manera diferente y que la intensidad de los cambios repercutiera en el trabajo médico de un modo singular.

Nuestro análisis buscó establecer, a partir de esos parámetros, brechas de dignidad en la tarea mediante la caracterización de los puestos de trabajo de médicos de diferente especialidad.

Los Médicos Asalariados del HIGA

Del Hospital De La Reforma Al Interzonal General De Agudos

El actual Hospital Interzonal General de Agudos fue concebido cuando el Dr. Ramón Carrillo era Ministro de Salud de la Nación. Su construcción se levantó en terrenos donados en 1948, en el sitio conocido como los campos de Errecaborde. Formaba parte de las construcciones especiales que contemplaba el Primer Plan Quinquenal.

En 1955, a pesar del avance en la construcción sus puertas fueron cerradas hasta el año 1961 fecha de su habilitación. En el 2001, la crisis amenazó nuevamente la prestación de servicios. La situación social incrementó la demanda y el Hospital fue desbordado, escasearon los insumos y los proveedores se resistieron a que se les pague con patacones o bonos.

En el mes de agosto de 2002, se le reclama al Ministerio de Salud que arbitre todos los medios necesarios para sostener la salud de la población de la ciudad, como estrategia se exige la descentralización definitiva del hospital público y la puesta en funcionamiento del Consejo de

¹² De acuerdo con la 13 Conferencia Internacional del Trabajo –CIT-/1982 y los comentarios de la CIT 95/2005 con relación a las nuevas formas de establecerse la relación de dependencia en el trabajo y los términos definidos para la reformulación de la EPH 2003, se considera asalariado a toda persona que trabaja en relación de dependencia, es decir que las formas y condiciones organizativas de la producción le son dadas y también los instrumentos, instalaciones o maquinarias, aportando ellos su trabajo personal.

Administración. Se producen entonces desacuerdos sobre los límites y funciones de distintas instancias de poder, dirección, consejo, personal, sindicatos y se hace intervenir a la justicia para constatar las condiciones de funcionamiento. De ahí en más, la situación de conflicto ha sido una constante y es en este escenario donde nos introducimos para escuchar, observar y convivir con el quehacer de los médicos del HIGA. (Diesht, 2007)

El Día A Día En El Ejercicio De La Medicina En El HIGA

El Higa, tiene una jurisdicción que abarca 16 municipios, actualmente cuenta con aproximadamente 289 camas, 30 consultorios, 9 quirófanos y atiende cerca de 220.000 consultas anuales. El personal lo componen 980 personas de los cuales 350 son médicos. La mayor parte de la demanda, aproximadamente el 80%, ingresa por la guardia.

La estructura de la organización responde a un Director Ejecutivo que junto a los tres Directores Asociados son designados por el gobierno provincial, siguiendo la tradición de proponer para esos cargos a profesionales que tienen afinidad política con el poder.

El edificio del “Regional”, nombre que arraigado en la comunidad y con el cual se designa al barrio que linda con el predio del hospital, es una gran estructura de cinco pisos y un subsuelo que se distribuyen en tres cuerpos y un anexo; en un edificio lateral funciona el sector de hematología. La construcción es la típica de los años cincuenta y aun mantiene intacta la fachada de tipología local, techos de tejas y revestimiento de piedra Mar del Plata.

El predio conserva la forestación y los espacios verdes propios de la zona de chacras que daban antiguamente la fisonomía rural al ejido marplatense.

Al antiguo y sólido edificio se anexa un módulo de más reciente construcción y por él se accede lateralmente a la guardia y a una batería de consultorios externos. La entrada principal presenta una importante barrera arquitectónica ya que se ingresa por escalera.

El hall central y de distribución tiene un mesón de informes y áreas administrativas, la presencia de vigilancia es ostensible como así también la cantidad de gente. Las salas de espera están colmadas y la guardia desbordada. En un pabellón aparte está el sector de internación neuropsiquiátrica.

A las 7:30 de un día lunes iniciamos el primer día de observación. El contacto inicial nos hizo sentir en un mercado. Al llegar al predio y anteponiéndose al edificio hay una plazoleta, allí se estaban preparando para la jornada, “cuida coches”, vendedores de facturas, café y tortas fritas. Más tarde vimos desplegar puestos que ofrecían todo tipo de “chucherías”, desde golosinas hasta cinturones. Cierta familiaridad entre ellos y con personal del hospital, demostraba que ese espacio libre es el cotidiano puesto de trabajo de estos comerciantes.

El ir y venir es constante, cada colectivo que para prácticamente se vacía. *“Esto no es nada, - nos indicó un vendedor de café -, hay que estar acá a las 5 o 6 de la mañana, ahí llega gente. Algunos vienen a las 3 de la mañana a buscar turnos”*.

En el hall, entendimos que el personal de seguridad cumple un rol esencial ya que conoce no solo el movimiento sino el nombre de médicos, enfermeras y sus horarios. De él obtuvimos precisión respecto a cambios de turnos, afluencia de pacientes, días de mayor congestión, hasta actitudes de la gente ante los conflictos que *“Cada día son más y con razón... la gente los acompañaba. Hay que ver lo es la vida acá dentro..., los pobres chicos no dan abasto”*. Es que en el hospital hay más de 100 residentes y un número importante de concurrentes. La mayoría provienen de la Universidad Nacional de La Plata, cuya facultad de Medicina tiene un convenio que permite cursar en el establecimiento medicina interna que es el sinónimo de clínica médica, además de algunas especialidades.

Como una paciente más nos ubicamos frente a los consultorios de ginecología, allí las mujeres esperaban en su mayoría con sus hijos o acompañadas por otras mujeres. En todos los casos, y en las visitas posteriores que hicimos, sólo escuchamos comentar sobre la excelencia del servicio: *“Son tan buenas las médicas que hay gente que tiene mutual igual viene acá, es que acá sabés que no te van a sacar plata, ni te van a entretener y todo es muy limpio”*. Esa opinión favorable sobre la calidad del hospital público la recogimos en varios servicios, y la corroboramos con personal que dona su tiempo voluntariamente en distintos hospitales de la ciudad. Una acotación de esta fuente nos advirtió sobre el cambio de “calidad de gente”. *“Antes... - ¿Cuándo antes?, preguntamos -, y... hace 20 o 30 años, la gente que iba a los hospitales era sencilla pero limpia, ahora hay que ver como están. Los chiquitos, las mujeres... a mí como mujer me dan vergüenza. Es insólito porque algunas tienen un jean de moda o zapatillas de marca, pero el pelo... tienen un olor... Y los viejos, continúa, dan pena, habría que bañarlos antes que los atiendan”*. - ¿Ud. cree que es porque hay más pobres? -, *“No señorita, es que se perdió todo, ahora son peor que animalitos, no hay educación”*.

En los pasillos del hospital lo que más se ve es gente, personas muy humildes y la miseria se ve trazada en el aspecto de muchos de ellos. Es cierto, el olor en algunos casos es nauseabundo.

En Busca De Información

La rutina de consulta dificultaba entrevistar a los médicos responsables de la misma, ya que además de los turnos se ven sometidos al asedio de quienes los esperan ya sea por recetas, referencias acerca de pacientes hospitalizados, demanda espontánea o simplemente

información. El tiempo de espera nos permitió recorrer el edificio. La impresión inicial es que consta de buenas instalaciones, que hay limpieza aunque falta mantenimiento y que existe un notorio contraste entre el sector nuevo y el viejo edificio donde el uso y el paso del tiempo muestran sus efectos.

Accedimos al sector de administración y dirección. Vencida la resistencia inicial obtuvimos información sobre la historia de la institución, su forma de organización, dotación y estructura. Anotamos allí un punto que va a aparecer recurrentemente en cada una de las visitas que realizamos y en cada nivel de consulta, el tema del origen, la impronta: *“Esta fue una institución modelo, nació pionera en el modo en que atendía a la comunidad... sí, tuvo privilegios pero inauguró una forma de dar los servicios como deben ser. Acá todos, y cuando digo todos me refiero a la gente humilde, tenían atención de primera. Ahora se ofrece lo mejor, pero la situación no es lo misma”*. Entre otras cuestiones, se nos explica, la autonomía de gestión es relativa y si bien el servicio de terapia intensiva es de excelencia en la respuesta al paciente grave y en toda la operatoria de la guardia, también hay serias debilidades relacionadas con el equipamiento, la infraestructura edilicia y la dotación de recursos humanos. Tal vez, nos agregan, el buen funcionamiento de la cooperadora ayude a resolver los problemas de infraestructura y mantenimiento, por lo cual son problemas que estiman pueden tener solución a corto plazo.

Al tercer día de recorrido por las instalaciones ya no nos perdíamos y comenzamos a descubrir los muchos hospitales que conviven en el mismo ámbito. Optamos entonces, para poder observar de cerca y familiarizarnos con la emergencia, observar el trabajo de los médicos en la guardia. Sabíamos que era el lugar de mayor afluencia y uno de los mejor calificados por su desempeño.

En una pequeña sala los profesionales intercambian pareceres. Allí iniciamos los primeros diálogos. El agotamiento y el cansancio se expresan en el rostro de los médicos con quienes comenzamos la charla, pero cuando empiezan a hablar de su situación laboral el sentimiento es de rabia e impotencia. La propuesta de hablar sobre su trabajo genera un ambiente de entusiasmo, aunque algunos manifiestan desinterés e imponen distancia en el diálogo.

“Es que el médico, - explicó uno de los interlocutores - , está acostumbrado a tener poder, hay una asimetría de poder entre él y el paciente, y dentro del hospital el que no es médico es paciente. Esta es una profesión jerárquica y hay que tener temple y serenidad para tomar decisiones. La verdad es que no se para qué sirven estas investigaciones, si nosotros dependemos del gobierno de turno...”

La mayoría del personal afectado al servicio está compuesto por mujeres que administran tiempo, recursos, técnicas y saberes, en un espacio sobresaturado. Los pacientes reciben atención y cuidado pero en una situación caótica porque los médicos están desbordados, las camillas ocupan los lugares de circulación, las camas no son suficientes y es lo más parecido a la promiscuidad.

Muchas veces, hasta que los pacientes pueden ser derivados quedan “depositados” en camillas y esa situación se puede prolongar por varios días.

El lugar físico donde está la sala de cuidados está separado y el acceso es restringido. No obstante, hay quienes logran traspasar las medidas de seguridad y literalmente acosan a los médicos exigiendo atención o información sobre un familiar.

“Cada día son más las situaciones de violencia y muchas veces no tenemos quien pare a la gente, además del insulto te patotean y te amenazan”¹³. “Además del cara a cara, - añadió nuestra interlocutora -, ahora por cualquier cosa cualquiera te manda a un abogado, todo está judicializado”.

Entre los profesionales médicos surgen anécdotas y se instala uno de los problemas que por su reincidencia consideran más graves y son los robos: *“hasta en el quirófano los otros días le desapareció una camiseta a un residente, que falte dinero es de todos los días, tenemos que tener todo bajo llave”*

La conversación es permanentemente interrumpida. Otros médicos piden datos de pacientes o buscan un sitio donde revisar historias clínicas. El tiempo pasa vertiginosamente, el clima es agobiante y el ritmo agotador, sin darnos cuenta llega la hora del relevo. Hay médicos que hace 24 horas que están allí adentro.

¿Qué hacen los médicos cuando están de guardia, como se circula en el hospital de noche, en donde duermen? Este hospital, tal como lo disponen las reglas básicas de la arquitectura hospitalaria, tiene un sistema por el cual se compartamentalizan y clausuran espacios. Los

¹³ P. Maldonado, señala que más de la mitad de los médicos argentinos son agredidos por pacientes o sus familiares. “Según datos de una encuesta realizada por Intramed –un portal exclusivo para la comunidad médica, con 197.000 usuarios registrados– de la que participaron 22.300 médicos argentinos, el 55,8% reconoció haber sufrido agresiones verbales o físicas por parte de sus pacientes o de los familiares que los acompañan. Esta situación se ha generalizado, la Asociación Médica Británica inició una campaña de tolerancia cero a las agresiones, en la que define la violencia como “cualquier incidente en el cual el personal médico o paramédico es abusado, amenazado o agredido en ocasión laboral y con un desafío explícito o implícito a su seguridad, bienestar o salud”. Los manuales de prevención que se han escrito sobre este tema señalan que es importante distinguir estas agresiones, que son conscientes y muchas veces premeditadas, de las reacciones por angustia desmedida que pueden sufrir las personas con la enfermedad o muerte de un ser querido. Diario Perfil 6/12/2006

médicos tienen un sitio especial donde comer y dormir. El servicio de comida está tercerizado, diariamente un concesionario entrega las raciones en bandejas, sin platos ni cubiertos, como no hay forma de conservar los alimentos, suelen quedar en el mesón durante todo el día. Para llegar a ese comedor y a los dormitorios hay que pasar por la morgue.

Accedimos a los lugares de descanso. El equipamiento es mínimo, literas y un armario donde guardan bajo llave sus pertenencias. La percepción es la de un pabellón carcelario donde no existen persianas ni cortinas. Más allá de la valoración relativa al confort, el descuido y la falta de comodidad es total.

La vulnerabilidad durante la vigilia es mayor si se tiene en cuenta que por múltiples razones, no resulta infrecuente encontrar personas ajenas a la institución que lograron “colarse” y pernoctar en la guardia.

En nuestro recorrido debemos pasar por la morgue. Comprobamos que su capacidad es insuficiente, hay cadáveres que no pueden ser refrigerados por saturación de las heladeras. Esta situación resulta intolerable sobre todo cuando hace calor, *“el olor a muerto es espantoso, es un asco. Las camillas que se usan acá son las mismas que se usan para transportar a los enfermos”*.

Por las características turísticas de Mar del Plata en los meses de verano la población se triplica, aumenta la demanda y sobre todo crecen los índices de accidentología, por lo que todos los servicios, la infraestructura y el personal resultan insuficientes.

En el recorrido pudimos también comprobar que la calidad de la construcción reciente y el mantenimiento presentan un nivel de deterioro tal que afectan las mínimas condiciones de higiene y salubridad que requiere un ámbito hospitalario y de trabajo.

La limpieza también está tercerizada y la falta de higiene es más que evidente. Otro de los servicios contratados es el de anestesiología, los médicos que cumplen esta función están asociados y la retribución a sus funciones está fijada por la Asociación de Anestelistas -ADA- de dilatada trayectoria gremial, que desde hace tiempo definió un nomenclador propio en el ámbito nacional.

En los pisos de internación el acceso es más restringido. No obstante logramos mediante la buena predisposición de un familiar acercarnos a una de las salas del segundo piso. Allí pudimos comprobar que para dos salas, una con seis camas y otra con tres hay un único baño, la ducha es un caño que está “protegido” por un papel para que no salpique, ya que carece del dispositivo para la aspersión.

Finalmente, accedimos a los laboratorios, a quirófanos y al servicio de imágenes. De acuerdo con nuestros interlocutores, el equipamiento del HIGA es de avanzada y cuentan con la

tecnología suficiente como para realizar prácticas a buen nivel, recientemente se incorporó un tomógrafo helicoidal de última generación.

Nos preguntamos entonces si la situación de los médicos que se desempeñan en esas áreas es diferente en cuanto a las condiciones en que realizan el trabajo, si sus salarios son iguales, si las presiones que reciben son las mismas, si la tarea los expone a los mismos niveles de stress. En un estudio sobre la situación de quienes trabajan en las guardias de los hospitales públicos Zaldúa y Londieu, M. T. (2000), desarrollan ampliamente los factores que determinan el síndrome de Burnout, el cual tiene claras manifestaciones físicas y está condicionado por factores del contexto¹⁴. En este servicio, evidentemente los factores de presión son diferentes a quienes tienen otro trato con la demanda. En el caso del “Regional”, la emergencia lleva a atender aproximadamente 400 casos diarios cifra que, con el personal actualmente afectado a la guardia, sobrepasa las posibilidades de atención.

Según las entrevistas realizadas, el stress laboral si bien es más frecuente en la guardia afecta de igual modo a cualquier médico que presionado por la situación no puede ejercer sus funciones, *“Es muy angustiante saber que existe equipamiento que puede resolver una situación y al que no tenemos acceso, que hay medicamentos o prácticas cuyo costo es impensado... esas situaciones son elementos de presión”*

En cuanto a los ingresos las diferencias se dan con relación a las funciones y a la antigüedad, *“Este no es el problema más grave. La situación más injusta se da entre los médicos jóvenes, muchos han hecho la residencia, tienen su especialidad y siguen ligados al hospital trabajando ad honorem. Es una situación perversa los une su vocación, la posibilidad de continuar practicando, pero gratis... acá hay mucho trabajo en negro”*.

Este es un motivo puntual de conflicto, como lo es también la demanda de personal, el mejoramiento de las condiciones de trabajo y de mayor salubridad. En ese sentido los profesionales médicos de guardia se movilizaron ante la justicia para solicitar una acción rápida y pertinente dada su situación de riesgo, que no era reconocida por los estándares que tipifican este tipo de actividades¹⁵

¹⁴ La descripción del síndrome Burnout o de cabeza quemada indica que su manifestación es el agotamiento emocional, la despersonalización o deshumanización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado. La falta de realización personal, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal. Además de síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general

¹⁵ Ver Anexo II

Las condiciones en que los médicos y su equipo de salud realizan las tareas está muy lejos de ser las ideales y la percepción que tienen es que sólo en la medida en que la comunidad haga suyos estos problemas se podrá presionar para tener una solución, *“parece que quienes tienen la responsabilidad de diseñar las políticas de salud se olvidan que también son médicos y cómo se trabaja en los hospitales, vivimos una situación de abandono”*.

Nos preguntamos entonces si en esta manera de ejercer la profesión quedaba margen para la formación y la investigación, otras de las funciones básicas que tienen los médicos en el hospital. En las entrevistas realizadas hubo consenso acerca de la formación que se imparte, *“Acá es donde se ve la realidad, se toma contacto con lo que no se enseña ni trasmite en la Facultad. Vienen con alguna idea de las cosas y salen siendo distintos, la docencia es parte inseparable del trabajo en el hospital”...* *“En cuanto a investigación es poco y nada lo que se hace, en realidad tampoco hay mucho conocimiento de algunas cosas que se hacen acá dentro. Es más, no hace mucho apareció un grupo haciendo investigaciones que tenían montado un espacio propio y nadie sabía de su existencia”*.

Durante aproximadamente tres meses frecuentamos la institución, en ese lapso, los últimos del 2006 y principios de 2007, los conflictos con paro de actividades, tal como describimos anteriormente, fueron recurrentes. Mediante la observación directa pudimos hacer un relevamiento sobre las características ambientales y del funcionamiento de la institución, lo cual nos permitió conjeturar que las carencias y la falta de dignidad en el HIGA están estrechamente relacionadas con las condiciones de trabajo. Seguridad e higiene es uno de los indicadores complementarios que incluimos en la medición del dTD y que de acuerdo a lo observado se transforma en éste ámbito en un indicador básico.

Al mismo tiempo, en las entrevistas en profundidad que realizamos con personal jerárquico y con médicos del staff, surgieron otros temas que escapan a nuestra medición y a los indicadores habituales con los cuales se busca identificar déficit en las situaciones de trabajo en el sector salud.

Cuestiones tales como las relacionadas con el reconocimiento de la tarea, la relación con la jerarquía, la posibilidad de ascensos, los mitos sobre el prestigio del hospital público, la protección y el respaldo en el ejercicio de la actividad. Como así también la responsabilidad en la toma de decisiones, la asignación de tiempos en el desempeño de las funciones o el nivel de satisfacción con la tarea, cobraron más relevancia que la remuneración o las horas trabajadas. Como señaló Minzberg (1984), las organizaciones de salud son de las más complejas, entre otras cuestiones porque las jerarquías y competencias entre pares ponen en juego una fuerte disputa de poder.

Profundizar sobre estos temas no es una tarea sencilla porque el espíritu corporativo tiende a minimizar los problemas entre pares y con la institución. Sin embargo, en la conversación con profesionales de distintos niveles en la escala jerárquica, surgieron en forma recurrente y fueron señalados como elementos desmotivadores.

Entre Lo Que Sabe, Se Ignora O Lo Que No Se Quiere Ver: El dTD En Los Médicos Del HIGA

Para completar entonces el diagnóstico sobre el déficit de Trabajo Decente en médicos asalariados de nuestro primer caso de análisis obtuvimos información de veinticinco profesionales, doce mujeres y trece varones, cuyo promedio de edad es de 47 años. Sus especialidades son: Tocoginecología; Ginecología; Clínica; Traumatología; Terapia intensiva; Cirugía; Medicina General; Cardiología; Imágenes; Patología y Urología.

En su totalidad son egresados de la universidad pública, la mayoría de ellos de La Plata, pero también hay de Buenos Aires, Córdoba, Rosario y Barcelona. El 79% realizó su especialidad en el HIGA y continuó trabajando en el hospital razón por la cual la trayectoria laboral de este grupo está íntimamente relacionada con los vaivenes institucionales. Aunque el mayor reclamo es la ausencia de carrera hospitalaria el 53% de los entrevistados ingresaron mediante designaciones¹⁶.

Del total de ellos un 80% manifestó haber hecho algún curso de actualización en el último año. La mayoría en su propia especialidad, incluyendo asistencia a eventos científicos, y el 30% restante en temas de gestión de salud, auditoría o administración.

Otro de los elementos significativos en la percepción que tienen los médicos sobre su desempeño laboral es la falta de posibilidades para desarrollar sus calificaciones profesionales. El 90% se considera limitado por factores tales como la situación económica, política y social, y por razones organizacionales internas del hospital. Sólo quienes tienen una posición jerárquica no encuentran límites a su desarrollo.

Una de las explicaciones es la falta de tiempo para dedicarse plenamente a la labor hospitalaria. Todos los médicos consultados tienen más de una ocupación que se desarrolla en el sector privado. El 47% lo hace como cuenta propia profesional en consultorios, el 58% en

¹⁶ La aplicación de la Ley nº 10.471 es el principal reclamo en la Provincia de Buenos Aires, en el HIGA desde 1998 no se llama a concurso cuando la norma prevé que se tiene que concursar cada cuatro años.

clínicas, en esto se incluye un 21% de los profesionales que declaran tener ambas ocupaciones, además, un 31% comparte alguna de esas actividades con la docencia. Sin embargo, la mayoría de ellos considera que el hospital es su actividad principal.

Recordemos que cuando el hospital fue creado el personal médico cumplía dedicación exclusiva. Entre los entrevistados el trabajo independiente del hospital tiene varias motivaciones, aunque la principal es económica. En algunos casos, se pondera el cambio de lugar de trabajo por las condiciones en que desempeñan la tarea en clínicas y sanatorios. Sin embargo, admiten que encontrar una posición fuera del hospital no es tarea sencilla. El consultorio y el trabajo particular parecieran ser un espacio reservado para quienes tienen más prestigio y trayectoria. A pesar de la diversidad de ocupaciones, la estructura horaria permite combinar tiempos y hasta permite percibir como un hecho natural la pluriocupación.

La respuesta que nos permitieron recabar la información específica para medir el dTD, de acuerdo con los indicadores diseñados para ocupados asalariados, arrojaron los siguientes resultados.

Registración: Todos los profesionales consultados están sujetos a aportes jubilatorio como empleados del estado provincial. Al mismo tiempo, son aportantes de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires¹⁷.

Ingresos: En cuanto a las remuneraciones están determinadas por la antigüedad y el cargo. Quienes tienen mayor jerarquía cobran salarios de bolsillo que en promedio ascienden a \$2.800, con un ingreso horario de \$77.7. Los ingresos intermedios se estiman en \$55.5 la hora y quienes menos antigüedad tienen perciben \$ 44.4. Las retribuciones corresponden solo a la ocupación principal.

Estos montos, de acuerdo a los términos que establecimos en el indicador Remuneraciones Relativas, son similares al promedio de ingresos que perciben los cuenta propia profesionales del sector y superan a los de quienes trabajan en relación de dependencia tanto en el sector público como en el privado, por lo tanto no presentan déficit. Hay que recordar que los ingresos declarados corresponden sólo a la actividad que realizan en el hospital y no al total de remuneraciones que los médicos perciben por el desempeño de todas sus actividades.

No obstante, los reclamos sindicales del sector médico enrolados en CTA, que moviliza a través de CICOP - Asociación Sindical de Profesionales de La Salud, que nació como Comisión

¹⁷ El trabajo en negro es otro de los principales reclamos del sector. Afecta principalmente a médicos ad honorem que a la espera de una designación cumplen funciones y horarios como un médico asalariado regular.

Interhospitalaria del Conurbano y Provincia (Pcia. Bs. As.) - a un número significativo de profesionales en la Provincia de Buenos Aires, piden un salario que se equipare a la canasta familiar ajustada por inflación (\$2.500). Anexo I Cuadro V y VI

Con referencia a los indicadores complementarios, las respuestas nos permitieron recabar los siguientes datos:

Jornada: En cuanto a la duración de la jornada en general el régimen es de 36 hs semanales, con un franco semanal. Quienes hacen guardias, el 26% de los entrevistados, distribuyen el tiempo en una guardia de 24 horas y otras 12 horas las cumplen en planta¹⁸.

Si bien la totalidad de los profesionales respondentes están en contacto con pacientes, aproximadamente el 50% del tiempo lo dedican a actividades de docencia y formación, el resto se distribuye entre controles de internación, supervisión, gestión y resolución de conflictos. Investigación ciertamente es una función relegada en este esquema laboral.

Vacaciones: Por la relación de asalariados de planta, los médicos y médicas entrevistados todos gozan de vacaciones pagas y dada la antigüedad alcanzan a treinta días anuales. Otros beneficios que reciben por su condición de dependencia es el cobro de aguinaldo, cobertura de salud, días pagos por enfermedad.

Estabilidad: La estabilidad es inherente al cargo de planta y sólo por situaciones extraordinarias, tales como mala praxis o sanciones administrativas graves, pueden ser removidos.

Condiciones de Seguridad e Higiene: La consulta acerca de las mismas¹⁹, reveló que el 84% considera que son regulares o malas. La situación se explica fundamentalmente por la falta de

presupuesto. Aunque también se atribuye a la tercerización de los servicios que vinieron de mano de la reforma de los últimos años. Otras razones que se aducen están relacionadas con el aumento de la demanda de pacientes; la situación de pobreza de la población hospitalaria; problemas edilicios y de infraestructura.

Consultados acerca del grado de satisfacción de la tarea, casi el 60% se considera medianamente satisfecho y el resto se distribuye de igual modo entre quienes tienen un alto grado de satisfacción y los totalmente insatisfechos. A pesar de esta distribución el 74% de los consultados expresan que no cambiarían su trabajo y aquellos que sí lo harían coinciden con su diagnóstico de que las condiciones de trabajo son malas.

Si con los datos obtenidos de los cuestionarios queremos marcar un rango de dTD, podríamos decir que los médicos del HIGA están en una situación cercana a la situación ideal, ya que cumplen con todos los indicadores básicos y con tres de los cuatro indicadores complementarios, solo no se cumplen normas de seguridad e higiene.

Sin embargo, todos los elementos que sumamos al análisis nos demostraron que la situación laboral de los médicos en los hospitales dista bastante de estar cerca del paradigma del bienestar, a pesar de ello el ámbito sigue siendo valorado como el espacio mejor dotado para el aprendizaje y la formación, razón por la cual, quienes lograron ingresar no están interesados en abandonar su puesto de trabajo.

Testeados nuevamente los datos con algunos de nuestros entrevistados iniciales se coincidió en señalar que *“hay mucho por hacer, un camino es la protesta y otro el de la propuesta”*... *“se*

¹⁸ La Ley 10.471 de la Pcia. Bs. As. Establece en el Capítulo III, Régimen de Trabajo: ARTICULO 25º: (Texto según Ley 10.678) Los profesionales deberán cumplir una jornada de trabajo de cuatro (4) horas diarias o de veinticuatro (24) semanales. El Ministerio de Salud, podrá asignar regímenes de trabajo de seis (6) horas corridas diarias o de treinta y cuatro (34), treinta y seis (36), semanales, u ocho (8) horas diarias y dentro de un máximo de cuarenta y ocho (48) semanales para determinados cargos y/o funciones, debiendo establecerse esta circunstancia y fijar los honorarios -que serán inamovibles sin la anuencia del interesado-. Las funciones del Director y Director Asociado, se cumplirán en jornadas diarias de ocho (8) horas y hasta cuarenta y ocho (48) horas semanales. ARTICULO 26º: Los profesionales que cumplan actividades de guardia cumplirán treinta y seis (36) horas semanales distribuidos en la siguiente forma: uno (1) o dos (2) períodos de doce (12) horas en la Guardia y las restantes horas en un servicio de su especialidad en jornadas no inferiores a cuatro (4) horas no coincidentes con el día de guardia, o veinticuatro (24) horas semanales corridas y las restantes doce (12) horas, tres (3) días, cuatro (4) horas diarias en un servicio de su especialidad. En caso de cumplir dos (2) períodos de doce (12) horas no podrán ser corridos.

¹⁹ Los resultados de la observación nos permitieron constatar las condiciones de Seguridad e Higiene. Por lo cual, la consulta se realizó en términos más amplios sobre la percepción individual de las condiciones de trabajo y los factores que inciden en las mismas.

puede seguir construyendo un hospital mejor, lo que sucede es que hay que pasar la consigna a los más jóvenes, los que somos más viejos en esto estamos cansados. Acá todos sabemos como fue el hospital y que se recupere no depende de nosotros, volver a ser lo que fue, eso es casi un imposible”... “a pesar de todo la gente quiere al hospital, al que le gusta servir tiene que trabajar acá”. También hubo consenso en definir que el trabajo de los médicos del HIGA se veía afectado por las siguientes carencias:

Deficiencias de la organización con relación a:	La gestión de RR HH	Recursos humanos deteriorados y desjerarquizados
		Falta de Reconocimiento
		Falta de escalafón
		Falta de personal médico y no médico
		Bajos salarios
	Ejercicio de la autoridad	Crisis del principio de autoridad por designaciones políticas antes que por conocimiento o por prestigio
		Falta de preparación en la gestión
	Condiciones de Trabajo	Malas condiciones de trabajo
		Obsolescencia tecnológica
		Ausencia de controles de calidad
		Judicialización de la medicina

Nos enfrentamos entonces con dos tipos de problemas, uno de índole metodológico y de carácter objetivo que está en relación con los indicadores; el otro, radica en el carácter dinámico y relativo del concepto de TD que desplaza los ejes de la calidad laboral hacia otras dimensiones como las organizacionales y que complejizan la determinación del dTD ya que están en relación con la percepción subjetiva de los actores.

Para comprobar si éstas son cuestiones recurrentes, indagamos a continuación la situación laboral de otro grupo de médicos que trabaja con dedicación exclusiva pero en el sector privado. Para ello seleccionamos el Hospital Privado de Comunidad una entidad sostenida por una Fundación sin fines de lucro que es reconocida por su calidad.

Los Médicos De Staff Del Hospital Privado De Comunidad

Del Hospital de La Reforma Al Hospital De La Comunidad

Luego de los mil días de exitoso funcionamiento, el proyecto experimental del Hospital Regional había sucumbido, pero no la propuesta. Un grupo de médicos, entre ellos los ideólogos de la Reforma, se reagruparon y con las mismas ideas comenzaron a trabajar en espacios cedidos por una clínica privada lo cual fue el origen del Hospital Privado de Comunidad.

El proyecto fue tomando forma y convencidos de que para llevarlo a cabo debían prescindir de los cambios de las políticas públicas crearon una fundación. Así tomó cuerpo la Fundación Médica de Mar del Plata –FMMP-, figura que, tal como afirma E. Brik²⁰ (1996), permitía accionar sin la tutela del estado y sin perseguir fines de lucro, a tales efectos se constituyó un 14 de abril de 1965.

Su objetivo, era el de crear, mantener, y desarrollar un hospital privado de acuerdo a normas y sistemas de elevada pauta técnico científica, con proyección a la comunidad y, en relación con esta finalidad básica, promover, apoyar, sostener, realizar y/o patrocinar todas las actividades tendientes a la promoción, protección y recuperación de la salud.

En junio de 1971, a diez años de iniciado el proyecto del Regional, se pudo inaugurar el Hospital Privado de Comunidad –HPC-, proyecto con el que se aspiraba a concretar lo que había quedado inconcluso, esta vez sin interferencias ya que la única relación de dependencia era con la Fundación.

El Hospital se mantenía gracias al pago de prestaciones pero las mismas resultaban escasas para sostener la propuesta. En 1972, nuevamente el Estado salvó la situación, esta vez mediante un acuerdo con el PAMI que pactó el pago por capitación²¹ de sus afiliados atendidos en el HPC. El arreglo fue considerado agravante por el resto de los prestadores privados y el conflicto de intereses puso una vez más en evidencia concepciones distintas del ejercicio de la

²⁰ El Dr. Ernesto Brik y Dr. J. Genoud fueron, como autoridades del centro Médico de Mar del Plata, los promotores de la Reforma Hospitalaria. Formaron parte del plantel del Hospital Regional y fundaron el Hospital Privado de Comunidad.

²¹ El pago por capita es un sistema mediante el cual se abona una cantidad por cada persona bajo la responsabilidad del profesional, es decir que se abona por “**estar disponible para tratar**” mas que propiamente por “**tratar**”. La tarifa se percibe con independencia de que los pacientes utilicen o no los servicios del médico, así como de la frecuencia de las visitas.

profesión. Los acuerdos con el INSSJP incluyeron el pago de dos cápitass por adelantado, esta negociación permitió contar con un ingreso mensual constante independiente del uso de los servicios. A ésta fuente de financiamiento se sumaron luego contratos con otras obras sociales, pacientes privados, y pacientes adheridos al programa prepago de planes de salud.

Según reseña Paz (1998), el sistema de organización encontraba sus antecedentes en el denominado Sistema Káiser, implementado en EE. UU. desde 1932, que se distinguía por tener como elementos de base la atención por capitación, una entidad sin fines de lucro, un grupo médico independiente y un hospital. La experiencia reunía esas condiciones, el acuerdo con PAMI, la FMMP, médicos integrados en una sociedad civil –Medicina Integrada Sociedad Civil (MISC) – y el hospital. En este caso el HPC pertenece a la Fundación, quien a su vez contrata a MISC, y establece los criterios de funcionamiento.

Podemos afirmar, junto con Etzioni (1964), que desde el punto de vista estructural estamos frente a una organización normativa que en forma secundaria tiene como arreglo organizacional aspectos remunerativos que garantizan el cumplimiento de los objetivos trazados.

El Hospital

Cuando se inauguró el HPC, era una edificación asentada en una superficie de 4.400 m² instalado en la calle Córdoba, entre Juan B. Justo y Azcuénaga. Actualmente, la planta física es de 23.000 m² tiene una dotación de 233 camas, 13 quirófanos, y 116 consultorios externos distribuidos en cuatro puntos estratégicos de la ciudad los cuales constituyen una Red de Servicios Integrados. Las consultas realizadas en el último año llegaron a 749.636, a diferencia del HIGA, las urgencias representan solo el 10% de la demanda.

De acuerdo al último informe anual presentado por la FMMP, el equipamiento, adecuado a los servicios de alta complejidad que brinda, se mantuvo 100% operativo; la planta de enfermeras es de 353 cargos, y 131 administrativas. El personal total es de aproximadamente 1.500 personas.

Sustentabilidad institucional y efectos de la crisis

Esta organización, que pudo haber constituido un modelo en el sector público se consolidó en el privado a pesar de los embates de la corporación médica, que se oponía al formato institucional. Otro riesgo para su funcionamiento y continuidad ha sido el contexto económico-institucional del país. En particular debido a los avatares que ha tenido el principal financiador,

PAMI, el cual al agravar su propia crisis aumenta la deuda de aportes para con el HPC, situación que se agudizó a fines de los noventa²².

Desde el 2002 en adelante, otros factores, como el costo de la atención médica, el impacto de la salida de la convertibilidad en las deudas contraídas a valor dólar, la crisis de las obras sociales, las deudas previsionales y los ajustes en el pago de personal, confluyeron para aumentar la incertidumbre en la Fundación.

Nuestro interés fue entonces conocer cómo, en una institución sin fines de lucro donde el sostén proviene de la prestación de servicios de salud y cuyo lema es la calidad, la crisis afectó el desempeño profesional.

Entre El Paradigma y La Realidad: los cambios institucionales desde distintas visiones

Cuando se ingresa al Hospital Privado se ingresa a un ambiente confortable, sea cual sea la dependencia la sensación es la misma. Los espacios son amplios, el mobiliario moderno, hay buena iluminación, parece recién pintado. En los sitios con luz natural hay plantas y en cada pared reproducciones de pinturas impresionistas, cubistas o abstractas. Cada sala de espera tiene televisión y paneles de señalización indicando el tipo de prestación y la ubicación. En mesones con computadoras atienden una o dos secretarias que son las responsables de recepcionar, derivar, dar turnos y establecer la vinculación del médico con la historia clínica del paciente. Cada ámbito común tiene batería de baños y la higiene es absoluta; hay ventilación en el verano y calefacción en invierno.

Sabemos que la institución no pasa por su mejor momento, sin embargo eso no resulta evidente. En las primeras entrevistas que realizamos cuando indagamos acerca del origen de la crisis tuvimos respuestas coincidentes *“la causa es la deuda que PAMI tiene con la institución y los costos de funcionamiento que son intolerables. El desfinanciamiento del PAMI proviene*

²² “A pesar de las repetidas intervenciones del PEN para sanear la situación del PAMI, la última década se ha caracterizado por la existencia de continuos déficit que obligaron al Tesoro Nacional a asistirlo financieramente, ya sea a través de aportes directos, de hacerse cargo de la deuda con proveedores o de avalar el endeudamiento con el sistema financiero. Un importante intento de reforma fue el que se trató de llevar a cabo a través del decreto 292/95 que introdujo la “libertad” de opción para los afiliados del PAMI de elegir la cobertura de éste o de cualquier otro “agente del sistema nacional del seguro de salud”. Como consecuencia de lo cual la reducción del número de beneficiarios entre 1996 y 1999 alcanzó casi el 20%. Sin embargo, esto no se tradujo en una mejora en la situación financiera del PAMI, entre otros factores por la caída de la recaudación, el aumento del desempleo, de la evasión, de la reducción en los aportes patronales del sector privado, pero básicamente porque a pesar de tener que atender un 20 % menos de afiliados, los gastos administrativos siguieron subiendo, aún en términos absolutos”. (FIEL, 2001)

desde el momento en que dejó de pagar siete cápitas. Algo así como 13 millones de dólares. En ese momento el hospital siguió comprando insumos y funcionando a costa de todos los otros ingresos, por lo cual el desfinanciamiento fue doble porque después cuando el PAMI empezó a pagar pagó y paga lo mismo por cápita que en 1999. Para nosotros el desfinanciamiento es total y eso afecta las prestaciones”.

Otras apreciaciones asignaron la responsabilidad a los criterios contables ya que “MISC - Medicina Integrada Sociedad Civil- es la variable de ajuste. El personal sindicalizado cobra sus aumentos a costa nuestro”. “La visión eficientista pone en riesgo la calidad y el prestigio del hospital... todo se reduce a producción, se mide cuantos pacientes se atienden por hora y eso no sirve, depende de la especialidad”.

O bien a cambios en los objetivos “La ideología de los ’60 se fue perdiendo, cambió el ethos institucional, se cambió por el paradigma del éxito... hay la sensación que algunos trabajan menos.... se perdieron valores, entre ellos el de la solidaridad, ahora todos son competitivos”

Hay quienes señalan abiertamente que la puja de intereses es lo que provocó fracturas más hondas que la situación económica, “desde hace un tiempo se vive en tensión, hay mucha arbitrariedad. Se postula que no son todos iguales hay un quiebre por el tema de las especialidades. El prestigio no cuenta. ... Ahora entran y quieren igualarse a los viejos, hay mucha voracidad... hay desconfianza, poca comunicación humana, hay compartimentos estancos hasta en el bar del hospital... equipo de salud no hay, se compite por poder... al hospital se lo privó de comunidad. Hay poco espacio para la discusión, los de afuera nos ven como una elite. El PAMI no es problema. Hay cosas que acá no se ven, suponen que si pagan bien, si hay alta tecnología y buenas condiciones de trabajo todo está bien y no es así. Si se le pregunta a los que se fueron muchos no están mejor económicamente, pero pueden tener otro desarrollo, otro reconocimiento, socialmente pueden estar en un grupo donde se comunican...”.

Otros profesionales sostienen que “a pesar de todo el modelo sigue siendo interesante, cuando entré preferí sacrificar ingresos en función de poder hacer otro estilo de medicina... el país está en crisis y esto no es ajeno a lo que le pasa a la gente, a los empresarios, a los médicos en la consulta privada..... El sistema es bueno, pasó que hubo un crecimiento desproporcionado –los que no trabajaban fueron cubiertos con nuevos nombramientos-. Ese es el problema que comenzó a verse en 1996 y ahora es una hecatombe. Los residentes no son problema, ellos hacen lo que tienen que hacer. Cualquier hospital mejora su calidad si tiene residencias... en el crecimiento se comportó como un hospital público”.

Cuando consultamos a otras personas –no médicos- pero ligadas al hospital, el consenso tuvo en común los siguientes argumentos: el HPC pasó por etapas diferentes. “La primera, la de la

fundación, cuando el Instituto fue buen pagador y mientras vivieron los fundadores, fue cuando todo anduvo a la perfección. La segunda es cuando no se actualizaron las cápitás, pero con el uno a uno no se sintió. La tercera, y esperemos que no la última, es a partir de la devaluación, allí vino el derrumbe.... además, los juicios por mala praxis y el impacto que produjo la desfinanciación del sistema de salud". "Hay también un problema de productividad con relación a los médicos... no quieren que haya menos residentes porque eso implicaría más trabajo para ellos".

Los principales argumentos convergen en que el problema financiero de la institución afecta el desempeño profesional y que ello se traduce en los ingresos y en el ambiente laboral. Dos soluciones comenzaron a implementarse en el último año, por una parte la FMMP cerró el padrón de PAMI, congeló vacantes de personal, se realizaron modificaciones de orden administrativo para no resentir el nivel de atención y se mejoró la política de captación de afiliados a planes de salud propios. Por otro, MISC resolvió por asamblea modificar la manera de distribuir ingresos para mejorar la equidad en la percepción.

Si bien estas herramientas han procurado resolver los problemas más candentes, las cuestiones que continúan afectando el desempeño laboral y que surgen de las entrevistas como déficit de calidad de trabajo no son abordadas ya que la institución siempre se vio a sí misma como el ideal de la realización profesional, tal como reflexionó uno de los médicos consultados, *"sigue siendo –el hospital- el lugar en donde la medicina se hace sin mercantilismo, donde se puede dar rienda suelta a la vocación".*

El HPC nos ofrece, a pesar de la contingencia económica, elementos suficientes para caracterizarla entre los prestadores de salud como el paradigma de calidad en un sentido amplio. Sin embargo, como surgió de las entrevistas, no todos coincidieron en esta apreciación y a los efectos de ahondar en los factores que inciden en la percepción del déficit en el desempeño de la tarea médica, indagamos, con el mismo instrumento que aplicamos al sector público, a un grupo de profesionales de distintas especialidades, de diferente antigüedad, edad y sexo.

Contribución Del Contexto A La Resignificación Del Concepto De Dignidad Laboral

Para completar esta parte del estudio contamos con el aporte de veinte entrevistas realizadas a profesionales médicos, 15 varones y 5 mujeres. En la planta del HPC la mayoría son hombres, situación que se reproduce en los cargos jerárquicos. Las especialidades de los consultados son Geriátrica, Ginecología, Psiquiatría, Clínica Médica; Endocrinología; Oftalmología; Neurología; Cirugía; Pediatría; Gastroenterología; Oncología y Cardiología.

Todos ellos provienen de la universidad pública, Buenos Aires, La Plata y Rosario. La edad promedio es de 48 años y la totalidad manifiesta haber realizado actualizaciones en su orientación y tener formación continua. Aproximadamente la mitad de los encuestados realizó su especialización en el hospital, al cual ingresó por concurso. En el caso de las designaciones no se presentan como un escollo para el desempeño grupal ya que es condición de ingreso tener la aceptación de MISC, ese aval es el criterio determinante y rige también para los que por concurso ingresaron a hacer la especialización.

Más de la mitad se considera limitado para ejercer sus funciones, independientemente del lugar que ocupe en la organización, y ello lo atribuyen a cuestiones económicas y organizacionales. En el caso de las mujeres con hijos, el horario y la modalidad de trabajo son identificados como condicionantes para un buen desempeño.

En cuanto a la dedicación, el 87% es de dedicación exclusiva y el porcentaje restante comparte la actividad del HPC con el consultorio privado, pero todos consideran que el trabajo en el hospital su actividad principal.

La autonomía en las decisiones es reconocida como un valor en la institución y se lo relaciona con la responsabilidad individual y la confianza del equipo de salud. Como así también, en todos los que no alcanzaron puestos de jerarquía, hay coincidencia en visualizar la posibilidad de mejorar la posición laboral.

Las respuestas que nos permitieron en este caso recabar la información específica para medir el dTD, de acuerdo con los indicadores diseñados para ocupados asalariados, arrojaron los siguientes resultados.

Registración: Los médicos entrevistados son profesionales de planta y todos tienen beneficios sociales con excepción de aguinaldo. Los aportes jubilatorios los garantiza la Caja profesional. Los derechos de los médicos están representados por la sociedad que los nuclea MISC, o bien por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. En relación con los descuentos jubilatorios, la mayoría respondió que los mismo le son realizados; posteriormente comprobamos que la retención es indirecta y se transfiere a la Caja Profesional.

El caso de los médicos del HPC podemos caracterizarla como híbrida ya que realizan un trabajo independiente “en relación de dependencia”. Su cuasi autonomía los excluye parcialmente de la tutela del Derecho del Trabajo. Según explica Ackerman (2007) -para este tipo de trabajador- *“No hay así incorporación plena al ámbito de aplicación general del Derecho del Trabajo, sino exportación de algunas de sus reglas y mecanismos de protección”*. Su situación es asimilable a la tipificación trabajadores de tercer tipo, un mix entre el salariado y la independencia. Las

figuras más conocidas en esta materia, son los denominados parasubordinados en Italia, o cuasi asalariados en Alemania.

En la EPH, tal como ya habíamos hecho referencia, estos profesionales son tipificados como asalariados no registrados porque si bien facturan, trabajan para un solo establecimiento.

Ingresos: En cuanto a los ingresos, como anteriormente hemos comentado, son asignados mediante una evaluación y actualmente se está implementando un sistema de distribución en donde los puntos se reasignan con topes para la antigüedad y donde la productividad tiene más visibilidad. Los montos oscilan ya que los cargos de jefatura tienen una asignación adicional, entre los entrevistados el 14% percibe más de \$5.000 por mes, el 53% entre \$4.000 y \$4.800 y el resto entre \$1.600 y \$2.400. Si tomamos como dato las estimaciones de la nueva distribución en uno de los servicios (Cuadro VIIb, Anexo I), el profesional que menos gana trabajando 45 horas tiene un ingreso horario de \$119,63, y en el caso del mayor ingreso, el monto por hora es de \$233,51; ingresos que están por encima de los valores estimados en nuestros indicadores.

Si bien, sus honorarios los facturan a MISC quien paga es la fundación *“No somos como los profesionales independientes, pero tampoco somos asalariados... no, no somos asalariado, no existe una relación capital- trabajo”*, aclararon en algunos testimonios. Sin embargo, la dependencia con la FMMP es total, ya que no disponen del equipamiento, ni pueden sacar el aporte inicial cuando se retiran; la figura es similar a la de una acción *“Si nos vamos, todo lo que aportamos con nuestro trabajo no nos lo llevamos”*²³.

Con referencia a los indicadores complementarios, las respuestas nos permitieron recabar los siguientes datos:

Jornada: En el HPC, los médicos de planta trabajan habitualmente de lunes a viernes. Si bien, la jornada de trabajo varía el promedio de cumplimiento es de 45 horas semanales. En caso de trabajar en guardias adicionales puede extenderse a 60 horas por semana. En este tipo de relación contractual el multiempleo es prácticamente inexistente. Los profesionales que redujeron su horario y buscaron otras alternativas como la docencia o la consulta privada, adujeron razones de desafío profesional no relacionadas con aspectos económicos.

²³ El grupo entrevistado responde al esquema de dedicación exclusiva y en el caso de quienes una dedicación part time mantienen el mismo régimen laboral en cuanto a cumplimiento de horarios, rutinas, utilización de espacios y equipamiento. En el esquema del HPC hay otros médicos contratados que facturan sus prestaciones a la Fundación, monto que es debitado del aporte que se transfiere a MISC. Debemos recordar que la situación de subordinación de los profesionales, a la cual hicimos mención anteriormente, tienen características de dependencia que, tal como afirma Galin (op. Cit), justifican su tipificación como asalariados.

Consultados acerca de la distribución del tiempo, la totalidad de encuestados coincidieron en destinar más del 75% de su horario a la atención de pacientes, el resto corresponde a actividades de docencia y en menor grado a las de investigación. A pesar de que todos tienen bajo su responsabilidad personal a cargo, no estiman que las funciones de gestión o los conflictos insuman parte de su tiempo.

Vacaciones: Los profesionales cuentan con vacaciones pagas, dependiendo la cantidad de días de la antigüedad, y cuentan también con días justificados de ausencia por asistencia a eventos científicos.

Estabilidad: En cuanto al déficit de estabilidad que puede traducir una relación inestable opuesta a la carrera hospitalaria del sector público, el vínculo contractual plantea en este caso una situación difusa en la cual la estabilidad es una condición que los profesionales hacen depender del propio desempeño. Todos consideran su trabajo estable, a no ser que la situación económica ponga en riesgo el funcionamiento mismo de la institución.

Condiciones de trabajo: Con relación a la percepción de las, consultados sobre las opciones Muy Buenas, Buenas, Regulares o Malas, el 53% las consideró buenas y el resto regulares. Las razones que esgrimieron quienes se manifestaron disconformes con las condiciones de trabajo fueron, según un orden de importancia, cuestiones relacionadas con:

Deficiencias de la organización con relación a:	La gestión de RR HH	Falta de reconocimiento
	Ejercicio de la autoridad	Relaciones con la jerarquía
	Condiciones de Trabajo	Exceso de pacientes
		Obsolescencia tecnológica

En cuanto al grado de satisfacción de la tarea el 34% lo calificó Alto, 55% lo ubicó en un rango Medio y solo el 11% en un nivel Bajo. Quienes se ubican en el mayor grado de disconformidad opinan que la insatisfacción se debe a que la organización es sumamente verticalista.

Como valoración final y a pesar de estas apreciaciones, el 90% de los entrevistados expresaron que no cambiarían su lugar de trabajo *“antes que eso buscaría cambiar las condiciones en que trabajo”*.

El resultado es coincidente con los testimonios, quienes mostraron contrariedad con su desempeño profesional lo atribuyeron a cuestiones estrictamente vinculadas con la forma de

gestionar el trabajo; con el modelo organizacional excesivamente jerárquico o con falta de equidad en la distribución del trabajo.

De acuerdo con nuestra medida de déficit los médicos del HPC gozan de un trabajo digno, a pesar de la ambigua situación con relación a la registración y a la extensión de la jornada, que limitan el análisis. La situación ambigua entre la categoría asalariado y cuenta propia nos impide aplicar parámetros tales como por ejemplo los que determinan el máximo en el cumplimiento de horas extras para asalariados (56 hs.). Si tomáramos ese indicador como indicador de déficit, para el caso de quien manifestó cumplir 60 hs, estaríamos en situación de dTD, sin embargo, la percepción subjetiva de quien se visualiza como profesional independiente, aprecia esta “oportunidad” como un derecho para poder mejorar ingresos.

Otros temas como la cultura fundacional, que se fue perdiendo; la competencia personal, la falta de reconocimiento, problemas de comunicación y de sociabilidad, la ausencia de valores de solidaridad, la relación con la jerarquía, son algunas de las cuestiones identificadas para establecer una brecha de calidad y que añaden nuevas dimensiones a las consideradas hasta ahora.

En este caso se confirma el postulado que sostiene que el Trabajo Decente no tiene techo, ya que como se pudo constatar en un ámbito institucional de calidad como el descripto existe déficit en las condiciones de trabajo que objetivamente resultan difíciles de captar. Volvemos entonces a rescatar la importancia de la percepción subjetiva para caracterizar la situación laboral y por tanto para evaluar el dTD.

Los Diferentes Mecanismos De Gestión De Recursos Humanos y Su Relación Con El dTD

Tal como hemos podido comprobar a través de la historia institucional y la descripción de la situación de ambos hospitales, existen condicionantes que inciden directa o tangencialmente en el desempeño de la organización y por tanto en la cultura de gestión y regulación de sus recursos humanos. En ambos casos el rol del Estado, por acción directa o indirecta, ha definido o al menos contribuido a trazar el sendero institucional.

En esta trayectoria podemos distinguir dos tipos de transformaciones, por un lado, las que fueron imprimiendo las distintas administraciones a través de sus rasgos particulares de gestión, condicionadas por el entorno político, económico y social, y por la influencia de los intereses corporativos. Por otro, los que resultaron del cambio de paradigma en los noventa, que añadió a las reformas generales, las reformas sectoriales que desregularon la administración de salud y promovieron la descentralización hospitalaria afectando tanto al subsector público como al privado.

La orientación de esos cambios, lejos de resolver los problemas estructurales y las debilidades del sistema de salud, provocó una crisis mayor agudizada por la situación social. El aumento de la demanda y la competencia entre los prestadores impulsada por motivaciones de lucro, como así también la ausencia de una política nacional de salud, son factores que a nivel contextual han demostrado tener un efecto negativo en la gestión de la fuerza de trabajo del sector.

Desde el punto de vista institucional, los cambios en los procesos y en la organización del trabajo impulsados por el modelo flexible; el impacto de las nuevas tecnologías, la tercerización de servicios; los nuevos perfiles de especialización por el avance de la medicina; la debilidad en el conocimiento gerencial por parte de los directivos, la falta de planificación; la rigidez de la configuración interna de cargos y jerarquías; el crecimiento de las áreas de gestión (con efectos en la estructura de la ocupación sectorial) y, sobre todo, la falta de recursos, pusieron en crisis los objetivos básicos de prestación y el involucramiento del personal de salud.

Un enfoque más puntual, centrado en el universo de los profesionales médicos, nos permite también advertir que en el plano laboral la fuerza de trabajo del sector se vio sometida a otros factores críticos de flexibilidad externa como son la densidad de profesionales y los desequilibrios en la distribución de los mismos. Como resultado de lo cual creció la desocupación, la precarización laboral y salarial.

Factores interactuantes en la gestión de RR HH

Nivel Macro	Modelo de acumulación: regulaciones económicas e institucionales Reestructuración productiva y del trabajo Ambiente político, económico y social
Nivel Meso	Reformas sectoriales Cambios en la organización del trabajo Falta de experticia en gerenciamiento Crisis de objetivos Ausencia de política nacional de salud
Nivel Micro	Mercado laboral profesional Localización profesional Cambios en la rutina profesional

Si bien, el conjunto de estos indicadores explican objetivamente las vicisitudes del trabajo en salud, en cada uno de los casos analizados surgieron elementos que permiten comprender más

acabadamente las modalidades de gestión de recursos humanos, su implicancia en la práctica profesional, en la dignidad del trabajo, y por tanto en la calidad de las prestaciones.

En el caso del Hospital General de Agudos, como ya hemos reseñado, el personal de planta entrevistado está registrado, tiene estabilidad, realiza un trabajo part time y percibe una remuneración relativa “acorde” con la tarea, aunque la misma se desarrolla en condiciones evaluadas como malas o regulares dado la falta de recursos. En este caso la descentralización y la autogestión, como clave de eficiencia recomendada por las reformas, se tradujo en desfinanciamiento. Si bien, la situación resume un conjunto de cuestiones tanto de índole presupuestaria como administrativas, el mayor problema pasa por la saturación del hospital ya que su infraestructura física y de RRHH, es insuficiente para responder a la demanda creciente de prestaciones.

El HIGA al ser un efector de alta complejidad público recibe por derivación todos los eventos que se registran en la zona sanitaria a la que pertenece. Además, como ya hemos mencionado el hospital pasó a satisfacer una demanda que antes era cubierta por las obras sociales, situación que agravó no solo a causa del aumento de la desocupación, sino también por la falta de cobertura de salud de quienes tienen trabajos precarios.

Volviendo a los factores condicionantes, en este tipo de organización la estructura de prestaciones está reforzada por el trabajo de residentes, concurrentes y trabajadores ad honorem. Si bien existe entre los profesionales un alto nivel de registración, la dotación de médicos se completa con el quehacer de estos RR HH quienes realizan tareas en situación de desprotección laboral. A pesar de lo cual, atender pacientes en exceso es una de las respuestas recurrentes como medida de las malas condiciones de trabajo.

Esta sobrecarga ejerce una presión más fuerte para quienes sienten postergadas sus expectativas, lo cual produce situaciones conflictivas a nivel personal y en el ambiente de trabajo. La distribución del tiempo de trabajo, teniendo en cuenta las múltiples funciones de los hospitales escuela, pareciera ser entonces un indicador de calidad más apropiado que el que toma como dato la cantidad de horas trabajadas.

Nos detenemos en este punto para reflexionar acerca de dos cuestiones que nos resultan contradictorias. La primera es con relación a la denominada asalarización de la profesión, y la segunda con el multiempleo. Con relación al primer punto, se torna evidente el desajuste que existe entre la cantidad de profesionales que egresan y los puestos de trabajo que se crean, si bien existe la demanda y la necesidad de profesionales, y hay una oferta excedente, no se crean las vacantes suficientes para lograr un punto de equilibrio. La falta de puestos laborales

muestran las distorsiones del sistema de salud y la falta de regulaciones que en este sentido pudieran garantizar una eficiente gestión de la mano de obra.

En relación con el pluriempleo o multiocupación, característica que es señalada reiteradamente asociada con la necesidad de completar ingresos, entendemos que en la profesión médica reviste una mayor complejidad.

Si la referimos a la distribución del tiempo de la actividad profesional encontramos que en el grupo testado la totalidad tiene más de una ocupación, siendo la segunda de ellas el trabajo como profesional independiente desarrollado en clínicas o en consultorio propio, lugares ambos en donde la función excluyente es la atención a pacientes. Resta entonces por indagar si la presión que se pone de manifiesto en el hospital no es producto de otros factores, tales como un inapropiado reparto en la carga de trabajo dado que la cantidad de pacientes resta tiempo para la docencia, la formación y la investigación, inherentes a la carrera hospitalaria. O de aquellos que surgen de interactuar cotidianamente con un segmento de población cuyas afecciones están íntimamente relacionadas con la problemática social de los sectores de menos recursos, lo cual enfrenta al profesional con sentimientos de impotencia y sufrimiento que exceden la responsabilidad de la práctica médica; o bien, los que devienen del desajuste entre el tipo de tarea y la remuneración esperada.

Las respuestas a estas preguntas están en dirección con el conocimiento que se tiene de la tarea que se realiza en cada área. Es decir, son cuestiones que no se describen por las características del puesto de trabajo, ni por el perfil de quien lo desempeña, sino que incumben a los arreglos que la organización de salud logre con su personal con el fin de acordar objetivos comunes.

Siguiendo a Etzioni (op. cit) cuando las organizaciones tienen una estructura de cumplimiento congruente, entre su tipo de poder, en este caso normativo y el tipo de involucramiento, para el caso de tipo moral, han de ser más efectivas y eficientes, con lo cual su nivel de conflictividad seguramente será bajo o nulo y el grado de satisfacción de expectativas de los miembros que la componen en los distintos rangos de participación, será sin duda alto.

Cuando esta armonía no existe entran en crisis la organización y sus miembros, elevándose los niveles de conflictividad. La distorsión se puede basar en cuestiones objetivas, como muchas de las ya descripta, o bien constituir la constelación de percepciones que el sujeto tiene sobre su situación de trabajo.

Las interpretaciones personales de las causas de tensión suelen ser compartidas ya que se basan en vivencias comunes. Esas apreciaciones describen sentimientos, sensaciones, representaciones, que por su carácter no son tangibles, y por lo general no forman parte del

menú de reclamos. Sin embargo, podemos listar un conjunto de valoraciones que influyen en el quehacer cotidiano de manera determinante al momento de definir las condiciones de trabajo. Falta de reconocimiento, descuido del personal que se traduce en recursos humanos “deteriorados y desjerarquizados”, crisis del principio de autoridad por designaciones políticas antes que por conocimiento o por prestigio, falta de preparación en la gestión y abuso de la “condición jerárquica”, presiones constantes por la judicialización de la medicina; violencia en el trato y ausencia de controles; desidia; problemas de comunicación, son sólo algunas de ellas. Parte de estas cuestiones se inscriben en el conflicto que genera el actual tratamiento de la carrera hospitalaria, hecho que se constata en el congelamiento de cargos y ascensos, ausencia de concursos o falta de escalafón. Otras, están relacionadas con el uso de poder en la organización de quienes la visualizan como un sistema cuyo funcionamiento se rige por la coacción, lo cual afecta el modo en que se produce la comunicación y se distribuye la información.

En el HIGA, queda expuesto que la gestión del recursos humanos no dependen solamente de razones presupuestarias y que la calidad de los puestos de trabajo no están definidas únicamente por el tiempo de trabajo, las remuneraciones, el descanso, la inscripción en la seguridad social, o las condiciones físicas del lugar en donde se cumple la tarea. Confluyen en esta institución otras cuestiones que suman a los efectos que tuvieron sobre esos aspectos las transformaciones del contexto y las reformas, un creciente malestar que se relaciona, tal como hemos comprobado, con el clima de la organización y con la vivencia de los actores. Esta visión añade al sistema de indicadores nuevas dimensiones de déficit que quedan ocultas cuando el foco se centra en observar los fenómenos son resultado solo de un tipo de estructura.

En el caso del Hospital Privado de Comunidad, por su carácter de institución privada sin fines de lucro, comparte con el HIGA características en cuanto al tipo de organización y al involucramiento de sus miembros, situación que sería diferente si el componente motivacional de sus integrantes fuera exclusivamente de índole utilitaria. En los años que tiene de existencia ha estado menos expuesto a los cambios del ambiente político-administrativo ya que su estructura de funcionamiento se rige por parámetros opuestos al del hospital público. No obstante, la Fundación tuvo desde el inicio que acordar con el Estado para poder ponerse en funcionamiento y sostenerse en el tiempo. Este nexo, dado por el sistema de cápitales financiado por el PAMI, mostró ser débil cuando se puso en evidencia el desfinanciamiento del sistema, situación que actuó como detonante de un proceso crítico.

A pesar del propósito inicial de preservarse como un sistema cerrado el HPC, como toda organización sociotécnica²⁴, ha funcionado en constante interacción con el ambiente.

Quienes integran este modelo, tal como hemos descripto, se desempeñan en una institución que es valorada por sus buenas condiciones de trabajo y por la calidad de su producto. Sin embargo, existen evidencias objetivas que son indicadores de un desánimo compartido y expresan déficit en la práctica cotidiana de la tarea. Ejemplo de ello son, por una parte, los cambios en el modo de retribución que implican a su vez cambios en las regulaciones de los desempeños. Forman parte de las variables que se debaten para asignar retribuciones diferenciadas el tiempo, la cantidad de pacientes y la especialidad. La segmentación por especialidad, surge como un conflicto en ciernes e implica un modelo de medicina diferente al que se ha venido reproduciendo como formato institucional, como así también, un involucramiento de los miembros selectivo de sesgo especulativo, diferente al compromiso fundacional. El exceso de pacientes, en este caso, está en relación con la equidad en la distribución del tiempo y es también parte del quiebre del compromiso moral entre pares que, como veremos más adelante, marca un antes y un después en el clima organizacional.

²⁴ La organización sociotécnica se estructura a través de dos subsistemas, el técnico, responsable de la eficiencia potencial de la organización, que comprende las tareas que van a desempeñarse, las instalaciones físicas, el equipo e instrumentos utilizados, las técnicas operacionales, el ambiente físico y la duración de las tareas. Y el social, constituido por los individuos, sus características físicas, psicológicas, las relaciones sociales entre los individuos así como las exigencias de su organización. Ambos subsistemas tienen una interrelación dependiente y recíproca que ejerce una influencia mutua. Por ser sistemas abiertos interactúan con el medio. Modelo Sociotécnico (Instituto Tavistock de Gran Bretaña, 1963, Trist y Rice).

Por otra, la necesidad de algunos de los profesionales consultados, tanto entre las entrevistas formales como en los relatos informales, de tener otra actividad fuera del hospital. Recordemos que la dedicación full time es uno de los pilares en los cuales se sostiene la estructura de la institución. Volvemos con ello a repensar los motivos de la multiocupación en la profesión. Las razones esgrimidas están relacionadas con representaciones subjetivas en las cuáles se pondera el trabajo profesional por fuera de una estructura que oprime y de alguna manera viene dando signos de desarticulación entre lo que fue y lo es. Con lo cual, es válido suponer que el pluriempleo entre los profesionales del sector no establece una relación directa con la necesidad de ingresos, sino que también puede tomarse como una modalidad inherente a la manera en que se ejerce la profesión.

Nuevamente, como en caso anterior, estos síntomas resultan elementos insuficientes para valorar la dignidad del trabajo sino incluimos en el análisis otros elementos que forman parte de la percepción de quienes entrevistamos. Entre los factores que se esgrimen como problemas que interfieren en el equilibrio y la satisfacción profesional, podemos listar pérdida de la cultura fundacional y de valores de solidaridad; problemas de relación con la jerarquía; disconformidad con un tipo de organización verticalista, falta de reconocimiento, competencia exacerbada; problemas de comunicación y de sociabilidad entre los integrantes del staff profesional.

Estas evaluaciones son de distinto orden. Algunas se relacionan con el ethos institucional y la consecución de objetivos, sabemos que... “el clima de valores de una organización no determina necesariamente lo que se hace, pero sí determina con frecuencia cómo se hace.” (Mayntz: 86, op cit) y cuando valores y objetivos se contraponen, la organización entra en crisis. Otras, con la falta de reconocimiento. Como ya hemos señalado esta conducta institucional se relaciona con el modo en que la conducción interpreta las expectativas de sus RR HH, pero a la vez es una forma de establecer relaciones de poder. En esa misma dirección, la competencia, así como la información y la comunicación, son diferentes formas de acción de los agentes, miembros de la organización, que constituyen una parte cotidiana del funcionamiento, que no es posible ignorar cuando del análisis laboral se trata. (Minzberg, op. cit; Simon, 1947; Crozier, 1989)

En síntesis, los mecanismos de gestión, de acuerdo con lo descrito en ambos casos, vienen dados por una estructura formal que, en términos de Giddens (1984), no es sino una parte aparente del todo estructural, donde las reglas y rutinas informales, las relaciones de poder, los sistemas de valores y las afinidades personales entre otros, contribuyen de la misma forma que las reglas formales a orientar la acción de los agentes al mismo tiempo que las configuran.

Desde esta perspectiva, los distintos niveles que condicionan las modalidades mediante las cuales se gestionan los RRHH se complementan, refuerzan y constituyen a través de las prácticas y aprendizajes asimilados que influyen en los procesos actuales, los cuáles, a su vez, pueden modificar la estructura. Razón por lo cual, para establecer las relaciones entre el contexto, los distintos niveles de análisis, la dimensión histórica de los cambios y los procesos organizacionales que inciden en los mecanismos de gestión de la fuerza de trabajo, y en la calidad del mismo, debemos integrar estos factores objetivos con el mundo de las interacciones simbólicas de los individuos.

Conclusiones

La fusión de lo objetivo con lo subjetivo nos permitió valorar la cuestión laboral no ya como un escenario impuesto sino como el espacio en donde el actor laboral da significación y sentido al trabajo. Esta mirada nos acerca a una visión ampliada del modo en que se gestiona la fuerza de trabajo y constituye un desafío para el análisis empírico que habitualmente pone el eje en la captación solo de hechos objetivos de fenómenos estáticos. De este modo, en los casos analizados, la valoración de lo que le sucede a los actores con relación a la calidad del trabajo está definida por sus percepciones como por datos objetivos. La comprensión de ambos planos permite distinguir el núcleo del déficit que suele quedar oculto en una visión somera de la realidad.

El rescate de “la importancia de las realidades que se ocultan”, parafraseando a Zemelman, nos permitió superar el análisis de hechos “cristalizados” para encontrar una explicación histórico – genética que es la que da cuenta del presente del fenómeno. Presente que emerge de la capacidad de interacción y de intencionalidad, en síntesis de la subjetividad que es lo que conforma el sentido de lo laboral.

La falta de comunicación o la distribución del tiempo, la jerarquización de especialidades y hasta la misma sociabilidad al interior de la organización hospitalaria, son el resultado de procesos que se cimentaron en el pasado y condicionan el presente laboral. Sin embargo, el conocimiento personal, el reconocimiento entre pares, el propio sentido del trabajo y aun el lugar imaginario que cada quien ocupa en su lugar de trabajo, median para producir cambios aun en el modo en que se acuerda una nueva distribución salarial.

De modo tal que si aspiramos a introducirnos en el fenómeno laboral reconociendo las dimensiones del trabajo desde su historicidad, con una perspectiva cualitativa, además de abarcar lo laboral delimitado y concreto debemos sumergirnos en aquello que le da sentido, porque el trabajo como actividad es a la vez objetivo y subjetivo.

Concluimos entonces que para dar cuenta del déficit de Trabajo Decente como objeto de análisis de las ciencias sociales, es conveniente abordar el estudio desde diferentes planos, el objetivo en donde a nivel microsocial el puesto de trabajo tiene validez para el análisis; el plano organizacional advirtiéndole que la estructura es solo una parte del todo estructural y el subjetivo en donde lo laboral cobra sentido.

Así pudimos comprender, partiendo de un importante y heterodoxo marco conceptual, que la evidencia del impacto de las transformaciones en la cantidad y calidad del trabajo, analizada desde el actor laboral concreto, partiendo de su puesto de trabajo, pudo ser entendida y explicada desde su contexto de realización en donde la práctica laboral construye su significado, no solo por lo que es, sino por lo que vino siendo, por las expectativas futuras y por lo que se imagina que debe ser.

El Trabajo Decente entonces puede ser concebido como una fusión de lo objetivo con lo subjetivo ya que el espacio del trabajo no puede ser analizado como un escenario impuesto sino como aquel en el que el actor laboral da esencia y trascendencia a su tarea.

Desde esta perspectiva repensar la subjetividad en las investigaciones laborales incorporando el punto de vista del actor social permite ampliar la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales en su carácter procesal.

Propuestas

Muchos de los supuestos que definen las políticas públicas se asientan en especulaciones teóricas y empíricas cuyos datos son indicadores de una realidad estilizada. Tal como hemos podido reflexionar en el sendero recorrido en esta investigación existen límites para esa interpretación y se hace necesario sumar al proceso de toma de decisiones la participación de los actores que “hacen” la realidad.

Conocer las condiciones en que se verifica el trabajo, tal como lo promovió Bialek Masse, implica ir más allá de la descripción del hecho y su contexto.

Por eso, la promoción de Trabajo Decente puede ser la llave para consolidar un Sistema de Relaciones Laborales basado en el Diálogo Social.

Bibliografía

- Abramzon, M. (2000) Argentina: Recursos Humanos En Salud. Secretaría de Planificación, UBA, Buenos Aires
- Abramzon, M. (2003) Los Recursos Humanos En Salud En Argentina: Una Mirada De Los Datos. En: Observatorio De Recursos Humanos En Salud En Argentina. OPS/OMS, Buenos Aires, pp. 93-166
- Abramzon, M. (2005) Argentina: Recursos Humanos en salud. OPS, Buenos Aires
- Abuelafia, E.; Berlinski, S.; Chudnovsky, M. Palanza, V.; Ronconi, L; San Martín, M. E.; y Tommasi, M. (2002) El Funcionamiento Del Sistema De Salud Argentino En Un Contexto Federal. Centro de Estudios Para El Desarrollo Institucional. Documento 77. Banco Mundial, Buenos Aires
- Ackerman, M. E. (2007) El Trabajo De Los Trabajadores y El Derecho Del Trabajo. En: Ackerman y Tosca, Tratado de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Tomo I: Introducción a la Teoría General del Derecho del Trabajo. Ed. Rubinzal-Culzoni, en prensa.
- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002) El Sistema De Salud En Argentina. En: http://burbuja.udes.edu.ar/departamentos/economia/mariano_tommasi/cedi/dts/dt60.pdf. Buenos Aires
- Álvarez, A. y Reynoso D. (1992) Médicos E Instituciones De Salud. Mar del Plata 1870-1960. Ed. HISA, Universidad Nacional de Mar del Plata
- Antunes, R. (2003) "Los Sentidos (y La Centralidad) Del Trabajo Hoy", En: El Trabajo En América Latina En Los Comienzos Del Siglo XXI. Perspectiva De Su Carácter Emancipador y De Su Centralidad. IV Congreso Latinoamericano De Sociología Del Trabajo, ISBN 959-270-032, Cuba.
- Bach, S. (2000) Tendencias De Las Reformas Sectoriales De Salud En Europa y Sus Repercusiones En La Gestión De Recursos Humanos. En: Brito, P. Observatorio De Recursos Humanos De Salud. OPS, Quito
- Belmartino, S. (2007) La Reforma Del Sector Salud En La Argentina. En: Rico y Marco, (coordinadoras) Mujer y Empleo. La Reforma De La Salud y La Salud De La Reforma En Argentina. CEPAL/GTZ/Siglo XXI, Buenos Aires, pp.102-150
- Belmartino, S.y Bloch, C. (1994) El Sector Salud En Argentina. Actores, Conflictos De Intereses y Modelos Organizativos 1960-1.985 OPS, Buenos Aires
- Belmatino, S.; Bloch C.; Carmino, M.; Persello, A. (1991) Fundamentos Históricos De La Construcción De Relaciones De Poder En El Sector Salud. Argentina 1940-1960. OPS. En: www.ops.org.ar/publicaciones
- Boch, S. (1982) Un Programa Que Intentó Lograr Cambios En La Argentina. Rev. Medicina y Sociedad, Nº 5, vol. 3. pp. 120-134, Buenos Aires
- Boletín de Estadísticas Laborales (2006) BEL/MTEySS, Buenos Aires
- Brik, E. (1996) Hospital Regional (1961-1963). Hospital Privado De Comunidad (1971-1976). Reseña de Dos Experiencias. Notas a los veinticinco años de la creación del HPC, Mar del Plata: inédito
- Brito, P. (2002) Presentación. Rev. Latinoamericana De Estudios Del Trabajo. Año 8, nº15. Buenos Aires, pp. 5-14
- Brito, P. (2006) Relaciones Laborales En El Sector Salud El Sistema General De Seguridad Social En Salud De Colombia: El Caso De La Ciudad De Cali. Ministerio de la Protección Social de Colombia/OPS. Inédito
- Brito, P. (2006b) Foro Trabajo Decente En El Sector Salud: Articulación De Políticas Como Estrategia Para El Desarrollo. Buenos Aires, 13 y 14 de Noviembre
- Brito, P.; Galín, P. y Novick, M. (2002) Relaciones Laborales, Condiciones de Trabajo y Participación En El Sector Salud. OPS, Buenos Aires

Bru (2005) Algunos Retos Del Trabajo Decente En América Latina: Empleo Educación y Formación Profesional. OIT, Costa Rica

Cetrángolo, O. y Deboto, F. (2002) Organización De La Salud En Argentina y Equidad. Taller: Regional Consultation On Policy Tools Equity in Population Health. Toronto

Cinterfor/Oit (2001). Formación Para El Trabajo Decente. Montevideo

Colina, J.; Girodano, O. y Rodríguez del Pozo, P. (2004) El Fracaso Sanitario Argentino: Diagnóstico y Propuestas. Premio F. S. Pagani. Fundación ARCOR, Córdoba

Crozier, M. (1989) El actor y el sistema Ed. Alianza. México.

Dal Pozo, M.; Galín, P.; Novick y M. Varella, T. (2000) Relaciones Laborales En El Sector Salud Fuentes De Información y Métodos De Análisis. OPS/OMS, Quito

Dávila, A. (1995) Las Perspectivas Metodológicas Cualitativa y Cuantitativa En Las Ciencias Sociales: Debate Teórico E Implicaciones Praxeológicas. En: Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. (coordinadores) Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales, Madrid, Ed. Síntesis. Cap. 2, pp. 54-83.

De la Garza Toledo, E. (2000) El papel del concepto de trabajo en la teoría social del Siglo XXI", en Tratado latinoamericano de sociología del trabajo. Ed. CM, FLCS, UAM y FCE, pp 15-33. México

De la Garza Toledo, E. (2001a) Subjetividad, Cultura y Estructura. CLACSO: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/mexico/lztapalapa/garza.rtf>.

De la Garza Toledo, E. (2001b). Problemas Clásicos y Actuales De La Crisis Del Trabajo. En: De la Garza Toledo, E. y Neffa, J. Comps. El Trabajo Del Futuro El Futuro Del Trabajo, Pp.11, Clacso, Buenos Aires

De La Garza, E. (1999) ¿Fin Del Trabajo O Trabajo Sin Fin?.En: Castillo, J.J., Ed. El Trabajo Del Futuro. Ed. Complutense, Madrid

Dietsch, J. (2007) La Historia De Un Hospital Interzonal. Historia del HIGA Dr. Allende de Mar del Plata. Inédito

Dussault, G y Rigoli, F. (2002) Dimensiones Laborales De Las Reformas Laborales En Salud. Sus Relaciones Con Eficiencia, Equidad y Calidad. En: Rev. Latinoamericana De Estudios Del Trabajo. Año 8, nº15. Buenos Aires, pp. 15-46

Etzioni, A. (1964): Modern organizations. Englewood Cliff, N. J.: Prentice-Hall.

Galín, P. (2002) Dependencia y Precarización Laboral: Los Profesionales De La Salud En Argentina. En: Rev. Latinoamericana De Estudios Del Trabajo. Año 8, nº15. Buenos Aires, pp. 87-104

García Díaz, C. (1996) La Reforma Hospitalaria En La Argentina. A Propósito del 25º Aniversario Del Hospital Privado De La Comunidad De Mar Del Plata. Rev. Medicina y Sociedad, Nº 3, vol. 19. pp. 26-29, Buenos Aires

Gelado, M. V. y Bustamante, G. D. (1999) Comunicación médico-familiar en unidad de terapia intensiva: ¿cómo es la percepción de los familiares en el hospital interzonal general de agudos "Dr. Oscar Allende" de Mar del Plata? Rev. Centro Médico de Mar del Plata. Vol.12, no.2 Mar del Plata

Ghai, D. (2002). Decent Work: Concepts, Models And Indicators. Iils, Dp/139/2002 Suiza

Ghai, D. (2005). Decent Work: Universality And Diversity. Iils, Dp/159/2005, Suiza

Ghai, D. (2006) Decent Work: Objectives and Strategies. OIT, Ginebra.

Giacometti, C. y. Lanari, M.E (2006) Sistema de Indicadores de Trabajo Decente para Argentina. MTESS/OIT

Giddens, A. (1984). La constitution de la société. En Valencia, A y Pesquero, J.(2003) Utilizando Giddens en la investigación empírica en administración. IBEROAMERICAN ACADEMY OF MANAGEMENT. Sao Paulo. En prensa

Giddens, A. (2000) Un Mundo Desbocado. Taurus. Madrid

Godfrey, M. (2003) Employment Dimensions Of Decent Work: Trade-Offs And Complementarities Iils, Dp/148/2003, Suiza

Gómez Sánchez, I. Rodríguez Gutiérrez, L. y Alarcón, L. (2005) Método Etnográfico y Trabajo Social. FERMENTUM Mérida - Venezuela - ISSN 0798-3069 - No. 44 - Año 15 353 -366

Gorz, A. (1980) Muerte Y Resurrección Del Sujeto Histórico: La No Clase De Los Proletarios Postindustriales. En Adiós Al Proletariado. Más Allá Del Socialismo. Imago Mundi, Buenos Aires

Guber, R.(2001) La Observación Participante En La Etnografía: Método, Campo y Reflexividad.. Ed. Norma, Buenos Aires

Hopenhayn, M. (2001). Repensar El Trabajo. Historia Profusión Y Perspectivas De Un Concepto. Norma, Bs.As.

JMHSR/1998: Condiciones De Empleo y De Trabajo En El Marco De Las Reformas Del Sector Salud. Informe Sobre El Debate Sobre Las Condiciones De Empleo y De Trabajo En El Marco De Las Reformas Del Sector Salud. OIT, Ginebra

Katz, J. Y Muñoz, A. (1988) Organización Del Sector Salud: Puja Distributiva y Equidad. CEPAL/Centro Editor de América Latina, Buenos Aires

Lanari, M. y Slavin, E. (2005) Protección y Desprotección Social. En: Lanari, M. E. (comp) Trabajo Decente Diagnóstico y Aportes Para La Medición Del Mercado Laboral Local. Mar Del Plata 1996-2002. Ed. Suárez, Mar del Plata. Pp.185-216

Lanari, M.E. (2005) Trabajo Decente: Significados y Alcances Del Concepto. Indicadores Propuestos Para Su Medición. En: Trabajo, Ocupación y Empleo. Relaciones Laborales y Grupos Particulares De Actividad. Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales. Serie estudios/3. MTESS. Buenos Aires.

Lanari, ME. (2007) El Camino Entre El Fin Del Trabajo Y El Trabajo Decente. Rev. De Derecho Laboral. Actualidad. Ed. Rubinzal-Culzoni. N°2 -2007 pp. 11- 40. ISBN 978-950-727-865-5, Buenos Aires 2007

Le Compte, M. D. (1994) Un Matrimonio Conveniente: Diseño De Investigación Cualitativa y Estándares Para La Evaluación De Programas. Universidad de Colorado- Boulder, USA

Levcovich, M.; Lima Quintana, L.; Santich, I. y Jasín, M. –investigadores (1998) Transformaciones Del Sector Salud En La Argentina Estructura, Proceso y Tendencias De La Reforma Del Sector Entre 1990 y 1997. OPS, Buenos Aires

Lores, H. (2001) Hospital Privado De Comunidad. Un Modelo De Atención Integral de La Salud. FMMP. Gacetilla de circulación interna

Manzini, J. (2003) La Revista del Hospital Privado de Comunidad, el ethos institucional, y la crisis. Rev. Hospital Privado de Comunidad, N°6, vol. 1. HPC, Mar del Plata, pp. 67-9

Martínez Marull, A.; Fernández, C.; Jeppesen, C. y Caillon, A. (2000) Los Procesos De Acreditación De Carreras De Medicina En La República Argentina Análisis Crítico De Los Estándares, De Los Procedimientos Y De Los Resultados De La Evaluación. Informe CONEAU, Buenos Aires

Mayntz, R (1972) Sociología de la administración pública. Ed. Alianza, Madrid

Méda, D. (1998). El Trabajo Un Valor En Peligro De Extinción. Gedisa, España

Minzberg (1984) La Estructura De Las Organizaciones. Ed. Ariel, Barcelona, España

Moscovici, S. (1988) Psicología social, II, ed. Paidós, España

Neffa, J. (2003) El Trabajo Humano. Contribuciones Al Estudios De Un Valor Que Permanece. Lumen, Buenos Aires

Noguera, J. A. (2002). El Concepto De Trabajo y La Teoría Social Crítica. Paper 68, Pp 141-168, UAB, España

Novick, M. (2001) Nuevas Reglas Del Juego En Argentina, Competitividad Y Actores Sindicales. En: de la Garza Toledo, comp.), "Los Sindicatos Frente A Los Procesos De Transición". CLACSO, Buenos Aires

Novick, M. (2003) Situación De La Salud En Argentina 2003. OPS, Buenos Aires

Novick, M. (2004) Costos Laborales En La Argentina 2003. Un Análisis Comparativo. Serie De Documentos De Trabajo N°1. Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales. MTESS. Buenos Aires.

Novick, M. y Galín, P. (2003) Flexibilidad Del Mercado De Trabajo y Precarización Del Empleos. El Caso Del Sector Salud. En: Observatorio De Recursos Humanos En Salud En Argentina. OPS/OMS, Buenos Aires, pp. 12-90

Novick, S. (2000) El Área Salud En Los Planes Nacionales De Desarrollo. En: Rodríguez Mom y otras (comp.), La Salud En Crisis. Un Análisis Desde La Perspectiva De Las Ciencias Sociales, III Jornadas Interdisciplinarias De Salud y Población, Dunken, Buenos Aires, pp. 39 - 54.

OIT, Oficina Regional para América Latina (2002) Estimular El Crecimiento Con Más Trabajo Decente: Más Y Mejores Empleo. Reflexiones Para La Discusión. Lima, Perú

Paganini, J. M. (2006) Hacia La Definición De Un Nuevo Paradigma Para La Equidad En Salud. Una Propuesta Para El Análisis De Las Bases Filosóficas De La Salud Colectiva. UNLP

Panorama Laboral, (2001) Índice De Desarrollo De Trabajo Decente 1990-2000. OIT, Perú.

Panorama Social De América Latina (2003) CEPAL, Santiago De Chile

Pautassi, L. (2007) El Empleo en Salud En Argentina. En: Rico, M.N. y Marcos, F. Mujer y Empleo, Buenos Aires, Siglo XXI

Pavón, S.; Montenegro, J.; Álvarez, M. y Gilardi, H. (1984) El Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. Una Experiencia En Administración y Financiación de La Salud. Rev. Nº 7, vol 5, pp.: 140-146, Buenos Aires

Paz, R. (1998) La Fundación Médica De Mar Del Plata y El Hospital Privado De Comunidad. Rev. Medicina Nº58. Ed. Sociedad Argentina de Investigaciones Clínicas .Buenos Aires, pp. 221-227

Quiriti, G. (1997) Diagrama de un sistema operativo que integre participativamente niveles de atención en el HPC. Tesis de maestría en Gestión De Servicios De Salud, UNMP: Inédita

Retamozo, M. (2006) Esbozos para una Epistemología de los Sujetos y Procesos Sociales. En: Cinta de Moebio, Revista de Emistemología y Ciencias Sociales, nº 26, Universidad de Chile, Santiago

Revista Internacional Del Trabajo (2003), vol 122, nº 2. Número Monográfico. La Medición del Trabajo Decente. OIT, Ginebra

Rossi, M.T. y Rubilar, A. (2005) Breve Reseña Histórica De La Evolución De Los Sistemas De Salud. El Caso Argentino: Una Historia De Fragmentación E Inequidad. En: www.ama-med.org.ar/com-economia/economia-articulos.asp

Rovere, M. (2007) Debate En Torno De Los Recursos Humanos. En: Rico y Marco (coordinadoras) Mujer y Empleo. La Reforma De La Salud y La Salud de La Reforma. CEPAL-GTZ- Siglo XXI, Buenos Aires, pp151-192

Scavino, J. (2004) Panorama De Organizaciones De Profesionales y Trabajadores De La Salud En Las Américas. Doc.Técnico. Ed. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington

Simon, H. (1947) El Comportamiento Administrativo Ed. Aguilar. España.

Somavía, J. (1999) Memoria del Director General. 87ª reunión OIT Oficina Internacional del Trabajo, Suiza

Standing, G. (1999) Global Labour Flexibility. Seeking Distributive Justice. Macmillan Press Ltd. London

Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales Ed. (2004) Empleo y Patrón De Crecimiento Económico. Trabajo, Ocupación y Empleo. Estudios 2004. Serie Estudios/1: pp.114-128. Buenos Aires

Supiot, A. (1996) Introducción A Las Reflexiones Sobre El Trabajo. –Prefacio- En: Revista Internacional Del Trabajo. Numero Especial: Reflexiones Cruzadas Sobre El Trabajo Y Su Porvenir Vol 115, Nº 6, OIT, Ginebra

Tafari, R. (1997) Reforma Del Sector Salud En Argentina. Serie Financiamiento Del Desarrollo Nº 53, CEPAL, Santiago de Chile

Tobar, F. (2000) El Gasto En Salud En Argentina Y Su Método De Cálculo, Isalud, Buenos Aires

Tobar, F. (2002) Herramientas Para El Análisis Del Sector Salud. Rev. Medicina y Sociedad. Volumen 23 N°2. Buenos Aires

Vega Ruiz, M. L. y Martinez, D. (2002) Los Principios y Derechos Fundamentales En El Trabajo. Su Valor, Su Viabilidad, Su Incidencia y Su Importancia Como Elementos De Progreso Económico y Justicia Social. Oit, Ginebra

Veronelli, J C. y Veronelli, M. (2004) Los Orígenes Institucionales De La Salud Pública En La Argentina. OPS. En: www.ops.org.ar/publicaciones

Www.Oit.Org.Pe/Proyectoactrav

Zaldúa, G. y Londeu, M. T. (2000) El Síndrome De Burnout. El Desgaste Profesional De Los Trabajadores De La Salud", En: Domínguez Mon, A.M. y Méndez Diz, A.M. (Comp.) La Salud En Crisis. Un Análisis Desde La Perspectiva De Las Ciencias Sociales. Dunken. Buenos Aires

Zamora Ramírez, M. E. (2007) El control subjetivo del proceso de trabajo. En: <http://www.eumed.net/tesis/2007/merzr/14.htm>

Zemelman H. (1994) Sobre la importancia de las realidades que se ocultan. En Revista Tramas, nº 6, pp. 9-20 México

Zemelman, H, y León, E. (1997) Sujetos y subjetividad en la construcción metodológica. En: Sujetos y subjetividad, No. 6, UAM-X, México

ANEXO I Información Complementaria

Etapas del Sistema de Salud en Argentina: 1920 a 1990

Ciclos	Desde el modelo agro-exportador hasta la reforma de los noventa
I 1920/1940	Baja participación del Estado en la prestación de salud. En el Estado liberal la salud es responsabilidad de cada ciudadano. La asistencia médica como función pública es sólo para los sectores pobres. Existencia de Sociedades de beneficencia - Servicios de Mutuales – La medicina privada atendía a los sectores de mayores recursos. – Surgimiento de clínicas y sanatorios: cooperativas médicas. Comienzo de la asalarización de la profesión.
II 1941/1944	Mayor ingerencia del Estado, la salud comienza a considerarse como cosa pública. 1941: Creación en Santa Fe del Ministerio de Salud Pública y Trabajo 1943: Creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social bajo dependencia del Ministerio del Interior 1944: Creación del Instituto Nacional de Previsión Social dependiente de la Secretaría de Trabajo y Previsión, con funciones en la medicina social
III 1945/1955	Se inicia la organización del Sistema de Salud con participación de tres actores: Estado –Sindicatos- Prestadores Privados. Los establecimientos médicos cumplen un bien social 1946: Creación de la Secretaría de Salud Pública que en 1949 se transforma en Ministerio. Expansión del sistema público: atención primaria, ambulatoria e internación. Incentivos a la investigación. Se propone el Fondo Nacional de Salud Pública, antecedente del seguro de salud. Fragmentación de los servicios por crecimiento desordenado de la seguridad social 1947: Creación de Obras Sociales en los gremios que orientaron su demanda de atención hacia el sector privado Durante este período se sanciona la Ley Nº 13.012 de organización de la sanidad pública y la Ley Nº 13.019 de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de Salud Pública.

<p>IV</p> <p>1956/1957</p>	<p>Primera etapa de descentralización mediante la transferencia de los servicios de la Nación a las provincias. Reducción del gasto fiscal en salud.</p> <p>Como estrategia se busca la integración del hospital a la comunidad a la que presta servicios. Fragmentación de los servicios hospitalarios. Conflictos con el sector privado.</p> <p>1957: Creación del IOMA - Obra Médico Asistencial de la Administración General de la Pcia. de Buenos Aires, mediante la cual el afiliado accede a prestaciones privadas.</p>
<p>V</p> <p>1958/1966</p>	<p>Período de puja entre facciones políticas y los sectores.</p> <p>1958: Proyecto de Ley para la derogación de los decretos de descentralización</p> <p>1959: Se crean los Servicios de Medicina Social y Preventiva en todos los establecimientos médico-asistenciales y la Escuela de Salud Pública dependiente del Ministerio.</p> <p>1959 – 1962: Regionalización Sanitaria y la Reforma Hospitalaria la Pcia. De Buenos Aires: distribución, cobertura, calidad y autofinanciación, la experiencia dura dos años. Conflictos en el sector médico privado-estatal</p> <p>1963: Se instala desde el gobierno el concepto de salud como parte integrante del desarrollo nacional. Diseño de políticas de prevención y mejoramiento de la calidad a los sectores carenciados.</p> <p>1964: Ley es "Oñativia": 16.462/16.463, "los medicamentos como bien público", se proponía su reclasificación, congelamiento y determinación de precios</p> <p>1965: Proyecto de Ley Nº de Reforma del régimen técnico-administrativo de los organismos asistenciales y sanitarios del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Creación del Servicio de Atención Médica para la Comunidad. Catastro Nacional de Recursos y Servicios en Salud. Diseño del Plan Nacional de Estadísticas Sanitarias.</p> <p>Por resolución Ministerial se crea la Comisión Consultiva de Medicamentos integrada por profesionales de reconocido prestigio académico. Para la evaluación técnica se creó un Laboratorio de Control de Drogas y Medicamentos.</p>

<p>VI</p> <p>1966/1972</p>	<p>Ciclo de liberalización, regulación de las obras sociales sindicales, incremento de las prepagas sociales y comerciales; puja entre sectores.</p> <p>1966: Ley Nº 17.102 creación de los Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad, obligatoriedad de contratación con el Estado de las prestaciones requeridas por las obras sociales.</p> <p>1967: Ley Nº 17.189 dispone que los precios de los medicamentos sean fijados por fabricantes e importadores, siendo la autoridad de aplicación la Secretaría de Estado de Industria y Comercio. Ley Nº 17.230 se crea la Comisión Nacional de Obras Sociales la cual determinaría el rol de las obras sociales y para estatales.</p> <p>1968: Ley Nº 17.663 destinada a contener el alza de los precios de medicamentos.</p> <p>1969: se establecen nomencladores y se fijan los respectivos aranceles.</p> <p>1970: Ley Nº 18.610 de Obras Sociales su espíritu es universalizar el acceso a los servicios médicos para el trabajador y su grupo familiar primario extendiendo la cobertura mediante la obligatoriedad legal de afiliación por rama y contribución. Como autoridad de aplicación se crea el INOS - Instituto Nacional de Obras Sociales-, organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Bienestar Social.</p> <p>Ley Nº 18.912 por la cual se obliga a las obras sociales a disponer del 70% de sus aportes para prestaciones médico-asistenciales.</p> <p>Ley Nº 19.032 se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) con su Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) con el objeto de brindar servicios médico asistenciales a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y su grupo primario.</p> <p>1971: el INOS pasa a la jurisdicción del Ministerio de Trabajo</p> <p>Ley Nº 19.337 de descentralización hospitalaria aplicable a los hospitales dependientes del Ministerio (92 en total). Reacción de la corporación médica que propone un seguro de salud. En respuesta la CGT pide la revisión de la Ley Nº 18.912 y que se revise el nomenclador nacional.</p> <p>1972: Ley Nº 19.710 por la cual se crea un sistema plural de remuneración profesional: relación de dependencia con monto fijo, capitación, cartera fija, pago por prestación y formas mixtas. El arbitraje se encomendaría INOS, se establece también un registro nacional de prestadores. La reconocen a la CGT y a la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA) como las únicas entidades con derecho a participar en paritarias.</p>
----------------------------	---

<p>VII</p> <p>1973/1976</p>	<p>Etapas de reformas caracterizada por el aumento de servicios e incorporación de tecnología. Auge de la especialización. La salud es considerada nuevamente un bien social de interés nacional que está por encima de intereses sectoriales</p> <p>1973: Ley N° 20.746, se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud –SNIS- por el cual el Estado se convierte en cogestor de la salud y garante de la calidad de los servicios a los sectores de menores recursos. Se prevé la aplicación inicial en zonas prioritarias y la integración voluntaria, de las Obras Sociales, los hospitales de la comunidad y el sector privado.</p> <p>1974: Ley N° 20.748 modifica la anterior y el SNIS pierde su carácter autárquico</p> <p>Ley N° 20.749, establece la Carrera Sanitaria nacional</p> <p>Existen tensiones entre expertos en salud asesores del gobierno y el Ministerio de Bienestar Social, asimismo los sindicatos se oponen a las nuevas modalidades de administración de salud y por ello el SNIS se aplica parcialmente</p>
<p>VIII</p> <p>1977/1983</p>	<p>Este período es el de mayor desfinanciamiento del sector, se promueve el arancelamiento de los servicios y nuevamente se impulsa la descentralización, se transfieren el 80% de los hospitales públicos a los gobiernos provinciales y posteriormente se propuso un modelo autogestionado que no llegó a consolidarse. Es relevante el desmantelamiento del sistema de salud pública y de recursos humanos.</p> <p>1976: Decreto el decreto 3.046/76 se limita el poder sindical a través de la potestad que se otorgaba al Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) de intervenir sobre las modalidades de contratación y prestación de los servicios de atención médica para los beneficiarios de obras sociales.</p> <p>1978: Se proyecta reformar la Ley N° 18.610,</p> <p>1980: Ley N° 22.269 crea el Entes de obra social sin participación sindical bajo supervisión del INOS - Instituto Nacional de Obras Sociales- (INOS) el que tendría a su cargo la conducción del sistema. La pugna entre los actores, sindicatos-prestadores de salud y gobierno, dividido en sus opiniones, impiden que la ley se aplique.</p>

IX 1983/1990	<p>El diagnóstico acerca de la situación al recuperarse la democracia es de un alto nivel de ineficiencia, brecha tecnológica y desmantelamiento. Se propone implementar la unificación de los Ministerios de Salud y Acción Social, e incorpora INOS a la Secretaría de Salud., es decir dar una respuesta integrada. Propone nuevamente un la creación de un Seguro Nacional de Salud.</p> <p>Período de fuerte enfrentamiento entre el gobierno y los sindicatos que buscan recuperar el manejo de las Obras Sociales.</p> <p>1988/89: sanción de las Leyes N° 23.660 de Obras Sociales, y N° 23.661 de Seguro Nacional de Salud. Ambas son producto de un acuerdo entre el gobierno y la CGT. Pero tardíamente reglamentadas.</p>
-----------------	---

Fuente: Elaboración propia

Cuadro I Población de 20 años y más que completó nivel universitario por división político territorial con más de 30.000 egresados, según disciplinas de mayor egreso							
Disciplina	Total País	Ciudad de Buenos Aires	Buenos Aires	Córdoba	Santa Fe	Mendoza	Tucumán
Total	1.142.152	298.259	362.712	117.148	82.556	46.130	32.640
Medicina	121.076	30.696	36.931	13.532	9.469	4.478	3.757
Contabilidad	110.219	32.737	35.981	9.196	9.320	4.299	3.674
Abogacía	133.470	38.921	43.388	12.635	10.075	3.601	3.195
Psicología	46.930	19.574	14.020	3.819	3.260	1.119	1.172

EP/Fuente: INDEC Censo Nac. De Población, Hogares y Viviendas 2001

Cuadro II Población de 20 años y más que completó nivel universitario por grupo de edad según disciplinas de mayor egreso							
Disciplina	Total País	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 a 64 años	65 años y más
Total	1.142.152	170.324	334.133	295.507	198.231	49.898	94.058
Medicina	121.076	10.645	29.778	34.910	23.392	7.771	14.580
Contabilidad	110.219	16.345	32.216	31.448	19.163	3.845	7.202
Abogacía	133.470	19.877	41.869	32.009	23.761	5.981	9.974
Psicología	46.930	6.597	14.362	12.444	10.472	1.785	1.271

EP/Fuente: INDEC Censo Nac. De Población, Hogares y Viviendas 2001

Cuadro III Población Ocupada de 20 años y más que completó nivel universitario por categoría ocupacional según disciplinas de mayor egreso							
Disciplina	Total País	Obrero o empleado		Patrón	Trabajad or por cuenta propia	Trabajador familiar	
		Sector público	Sector privado			Recibe sueldo	No recibe sueldo
Total	927.129	311.726	261.022	91.649	252.244	4.694	5.794
Medicina	105.672	50.671	18.791	6.634	29.201	141	234
Contabilidad	94.345	19.682	32.599	11.546	29.437	574	507
Abogacía	115.811	38.922	14.327	12.565	49.080	387	530
Psicología	38.260	13.578	7.858	1.803	14.671	132	218

EP/Fuente: INDEC Censo Nac. De Población, Hogares y Viviendas 2001

Cuadro IV Relación Población/Médico por división político territorial: Total país y provincias con más de 30.000 egresados							
	Total País	Ciudad de Buenos Aires	Buenos Aires	Córdoba	Santa Fe	Mendoza	Tucumán
Población Total	36.260.130	13.827.203	2.776.138	3.066.801	3.000.701	1.579.651	1.338.523
Médicos	121.076	36.931	30.696	13.532	9.469	4.478	3.757
Relación P/M	299	374	90	227	317	353	356

EP/Fuente: INDEC Censo Nac. De Población, Hogares y Viviendas 2001

Cuadro V Escala Salarial Ley 10.471 Mar-06 Médicos Hospitales Pcia. Bs. As.

VALOR BASE \$ 408,62 (CAT. 8 30 HS.)

(BASICO CAT. 8 EN 30 HS.*COEFICIENTE) *REGIMEN HORARIO

AÑOS	GRADO	CLASE	COEF. %	R. HORARIO	Mar-06	Ago-05	DIF. BASICO	VARIAC. %
0 A 5	M. ASIST.	1	6,75	24 HORAS	\$ 661,96	\$ 550,44	111,52	20.25
0 A 5	M. ASIST.	2	6,75	34 HORAS	\$ 937,78	\$ 779,79	157,99	20.25
0 A 5	M. ASIST.	3	6,75	36 HORAS	\$ 992,94	\$ 825,66	167,28	20.25
0 A 5	M. ASIST.	4	6,75	44 HORAS	\$ 1.213,60	\$ 1.009,14	204,45	20.25
0 A 5	M. ASIST.	5	6,75	48 HORAS	\$ 1.323,93	\$ 1.100,88	223,04	20.25
5 A 10	M. AGREG.	11	7,15	24 HORAS	\$ 701,19	\$ 583,06	118,13	20.25
5 A 10	M. AGREG.	12	7,15	34 HORAS	\$ 993,35	\$ 826,00	167,35	20.25
5 A 10	M. AGREG.	13	7,15	36 HORAS	\$ 1.051,79	\$ 874,59	177,19	20.25
5 A 10	M. AGREG.	14	7,15	44 HORAS	\$ 1.285,52	\$ 1.068,94	216,57	20.25
5 A 10	M. AGREG.	15	7,15	48 HORAS	\$ 1.402,38	\$ 1.166,12	236,26	20.25
10 A 15	M. HTAL."C"	21	7.60	24 HORAS	\$ 745,32	\$ 619,75	125,56	20.25
10 A 15	M. HTAL."C"	22	7.60	34 HORAS	\$ 1.055,87	\$ 877,99	177,88	20.25
10 A 15	M. HTAL."C"	23	7.60	36 HORAS	\$ 1.117,98	\$ 929,63	188,34	20.25
10 A 15	M. HTAL."C"	24	7.60	44 HORAS	\$ 1.366,42	\$ 1.136,22	230,2	20.25
10 A 15	M. HTAL."C"	25	7.60	48 HORAS	\$ 1.490,64	\$ 1.239,51	251,13	20.25
15 A 20	M. HTAL."B"	31	8.00	24 HORAS	\$ 784,55	\$ 652,37	132,17	20.25
15 A 20	M. HTAL."B"	32	8.00	34 HORAS	\$ 1.111,44	\$ 924,20	187,24	20.25
15 A 20	M. HTAL."B"	33	8.00	36 HORAS	\$ 1.176,82	\$ 978,56	198,26	20.25
15 A 20	M. HTAL."B"	34	8.00	44 HORAS	\$ 1.438,34	\$ 1.196,02	242,31	20.25
15 A 20	M. HTAL."B"	35	8.00	48 HORAS	\$ 1.569,10	\$ 1.304,75	264,34	20.25
MAS D.	M.HTAL. "A"	41	8,45	24 HORAS	\$ 828,68	\$ 689,07	139,61	20.25
MAS D.	M.HTAL. "A"	42	8,45	34 HORAS	\$ 1.173,96	\$ 976,18	197,78	20.25
MAS D.	M.HTAL. "A"	43	8,45	36 HORAS	\$ 1.243,02	\$ 1.033,61	209,41	20.25
MAS D.	M.HTAL. "A"	44	8,45	44 HORAS	\$ 1.519,25	\$ 1.263,30	255,94	20.25
MAS D.	M.HTAL. "A"	45	8,45	48 HORAS	\$ 1.657,36	\$ 1.378,14	279,21	20.25

Fuente CICOP

Cuadro VI Ingresos de ocupados según categoría ocupacional y sector de actividad				
Rama de Actividad	Indicadores	Cuenta Propia Profesionales	Asalariados Registrados	Asalariados Registrados
			Sector Privado	Sector Público *
Servicios Sociales y de Salud	Ingreso Promedio	2252,	1181,	1218,
	Ingreso horario	68,	29,	32,
	Horas trabajadas semanales	33,	40,	37,

E/P Fuente: EPH Total de Aglomerados – segundo semestre 2006 (*) Excluye Planes de Empleo

	Cuadro VIIa Cálculo para la distribución de honorarios Servicio Clínica Médica – Septiembre 2006 * HPC											
profesionales	Tarea		Asistencial		Parcial Puntos por tarea asist.	Antigüedad %	Antigüedad puntos	TOTAL	Coord. Resid	Coord. Serv.	Guardia	Guardia
	92%		116237,4					puntos				
	Puntos por Consultorio		Puntos por Internacion					por	0,35%	1,00%	G./mes	6,50%
							tarea asist					
1	20	3403,7306	30	5105,5959	8559,3265	0,25	2139,83163	10699,1581		1263,45	2	547,495
2	23,5	3999,38346	30	5105,5959	9134,97936	0,25	2283,74484	11418,7242			3	821,2425
3	30	5105,5959			4789,98626	0,25	1197,49657	5987,48283				
4	36	6126,71508			5747,98352	0,25	1436,99588	7184,9794				
5	36	6126,71508			5747,98352	0,25	1436,99588	7184,9794				
6	23	3914,29019	30	5105,5959	9072,88609	0,25	2268,22152	11341,1076			5	1368,7375
7	17	2893,17101	30	5105,5959	8045,76691	0,25	2011,44173	10057,2086				
8	21	3573,91713	30	5105,5959	8709,51303	0,25	2177,37826	10886,8913			6	1642,485
9	24	4084,47672	30	5105,5959	9220,07262	0,25	2305,01816	11525,0908				
10	21	3573,91713	30	5105,5959	8709,51303	0,25	2177,37826	10886,8913				
11	16	2722,98448	30	5105,5959	7858,58038			7858,58038	442,2075		6	1642,485
12	23	3914,29019	30	5105,5959	9049,88609	0,055	497,743735	9547,62983			9	2463,7275
13	39,5	6722,36794			6306,81525	0,25	1576,70381	7883,51906				
14	29	4935,40937			4630,32005	0,25	1157,58001	5787,90006				
15	38	6467,08814			6067,31593	0,25	1516,82898	7584,14491				

* Liquidacion de puntos al 31/5/2006, de acuerdo a la funcion realizada y a las horas trabajadas - Porcentaje correspondiente al servicio: 12,6345 %, equivalente a \$125.367- En internación, 1 hora = 1,5 puntos – En consultorio, 1 hora = 1,0 puntos

Cuadro VIIb Cálculo para la distribución de honorarios Servicio Clínica Médica – Septiembre 2006
HPC

Total Puntos	Valor Punto \$	TOTAL Pesos	Aporte al fondo común %	Aporte al fondo común \$	FINAL Pesos	Asignacion Basal del F. C. %
12512,10313	0,85834228	10739,6672	0,2	2147,93343	8591,73373	4,636
12242,96669	0,85834228	10508,656	0,2	2101,7312	8406,92479	4,636
5987,482825	0,85834228	5139,30968	0,15	770,896452	4368,41323	4,636
7184,9794	0,85834228	6167,17162	0,15	925,075744	5242,09588	4,636
7184,9794	0,85834228	6167,17162	0,15	925,075744	5242,09588	4,636
12714,84511	0,85834228	10913,6892	0,2	2182,73784	8730,95135	4,636
10057,20864	0,85834228	8632,52743	0,2	1726,50549	6906,02194	4,636
12535,37629	0,85834228	10759,6435	0,2	2151,9287	8607,71481	4,636
11525,09078	0,85834228	9892,47273	0,2	1978,49455	7913,97819	4,636
10886,89129	0,85834228	9344,67913	0,2	1868,93583	7475,7433	4,636
9949,272881	0,85834228	8539,8816	0,3	2561,96448	5977,91712	4,636
12020,35733	0,85834228	10317,581	0,3	3095,27429	7222,30667	4,636
7883,519063	0,85834228	6766,75775	0,2	1353,35155	5413,4062	4,636
5787,900063	0,85834228	4967,99936	0,2	993,599871	3974,39948	4,636
7584,144913	0,85834228	6509,79226	0,2	1301,95845	5207,83381	4,636
Total Ptos. Servicio 146057,1178		Total Pesos Servicio 107122,451		Total Aportes FC 26085,4636	Total Pesos Servicio 99281,5364	69,54 %

Cuadro VIIc Cálculo para la distribución de honorarios Servicio Clínica Médica – Septiembre 2006
HPC

Asignacion Basal del F. C. \$	Asignacion Variable F. C. %	Asignacion Variable F.C. \$	Asignacion Por F. C. %	Asignacion Por F. C. \$	Final Honorarios \$	Final Honorarios %
1209,32209	1,919882047	500	6,555882047	1709,322093	10301,056	8,1531171
1209,32209	1,251763095	326	5,887763095	1535,322093	9942,2469	7,8691257

1209,32209	0,860107157	224	5,496107157	1433,322093	5801,7353	4,5919786
1209,32209	1,413033187	368	6,049033187	1577,322093	6819,418	5,3974577
1209,32209	4,189182627	1091	8,825182627	2300,322093	7542,418	5,9697004
1209,32209	0,844748101	220	5,480748101	1429,322093	10160,273	8,0416902
1209,32209	4,573159037	1191	9,209159037	2400,322093	9306,344	7,365819
1209,32209	2,653276989	691	7,289276989	1900,322093	10508,037	8,3169393
1209,32209	0,959941024	250	5,595941024	1459,322093	9373,3003	7,4188138
1209,32209	3,805206218	991	8,441206218	2200,322093	9676,0654	7,6584474
1209,32209	1,885324171	491	6,521324171	1700,322093	7678,2392	6,0772007
1209,32209	3,839764095	1000	8,475764095	2209,322093	9431,6288	7,4649798
1209,32209	0,767952819	200	5,403952819	1409,322093	6822,7283	5,4000778
1209,32209	0,767952819	200	5,403952819	1409,322093	5383,7216	4,2611275
1209,32209	0,767952819	200	5,403952819	1409,322093	6617,1559	5,2373706

\$18139,8314	% 30,4992462	\$ 7943	Total percibido por Fondo Comun 100,0392462	Total percibido por Fondo Comun	Honorarios Final del servicio	Honorarios Final del servicio
--------------	--------------	---------	---	---	---	---

Anexo II Documentación Complementaria

Carta Pública del HPC - CHE

Frente A La Situación Sanitaria Argentina

COMITE DE ETICA

DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD

El pronunciamiento público ante la crisis y el quebrantamiento del Estado, sus evidentes implicancias y la reacción de la ciudadanía, ponen de manifiesto la incertidumbre del futuro en Argentina. Más allá de la evaluación de aciertos y fracasos, la urgencia de la coyuntura exige que se reconstruya el diálogo social y se actúe consecuentemente en áreas que no aceptan postergaciones.

En este sentido, es un mandato de los ciudadanos y de las instituciones que por décadas han estructurado la prestación de los más básicos derechos de la población, reflexionar y manifestarse sobre la preservación de aquello que naturalmente nos corresponde como es el derecho al cuidado de la enfermedad y la prevención de la salud.

No es necesario enumerar los factores que confluyen en la urgencia sanitaria, la realidad ha develado una simultaneidad de consecuencias que por su gravedad son perjudiciales tanto a beneficiarios como a prestadores. El encadenamiento de efectos negativos pone en riesgo a todos, esta especial contingencia exime de diagnósticos acerca de posible paliativos y exige acciones concretas que marquen un nuevo rumbo al malogrado sistema sanitario nacional.

Es por esto que, en nuestra condición de miembros activos de un comité que se ha responsabilizado ante la comunidad por dinamizar criterios bioéticos, nos resulta impostergable pronunciarnos sobre la debilidad extrema que atravesamos y al mismo tiempo alentar a quienes tienen responsabilidad de conducción para lograr la reconstrucción y el mejoramiento del bienestar social.

Lejos de aceptar la perpetuidad de semejante desmoronamiento consideramos la extraordinaria posibilidad de emerger bajo criterios ductores que parten de considerar a **la salud un bien y no una mercancía**. En este rumbo privilegiamos el diseño de políticas

públicas que prioricen la calidad de vida de la población, es decir la satisfacción de sus más elementales necesidades, como son la alimentación y la atención de la salud. Dado la perentoria situación que enfrentamos consideramos que deben tomarse medidas extraordinarias que faciliten la toma de decisiones en respuesta a la urgencia actual y en resguardo de situaciones no deseadas, por ello creemos que es imperativo declarar el estado de emergencia sanitaria y alimentaria, postergando a un segundo lugar requerimientos corporativos de quienes se han beneficiado en la última década. Se apela así a tomar posición frente a la inequidad y el descuido a los que está sometida la mayor parte de la sociedad argentina.

Del mismo modo bregamos por seguir el ejemplo de países soberanos que atienden la salud de la su población en base a la utilización del capital humano y social que poseen, orientando la inversión a sus propios desarrollos científicos-tecnológicos. La gran oportunidad es revertir la frustración de nuestros profesionales que mantienen una óptima relación médico-paciente, superando a la de muchos países desarrollados¹ y apuntalar el patrimonio humano e institucional que hizo grande nuestro país a pesar de lo cual, hoy en día en Argentina, se da la paradoja de que cada vez más crece el número de médicos sin pacientes, y lo que es aún más grave, más pacientes sin poder recurrir a un médico.

Sólo así será posible revertir un derrotero de fracaso y pensar que lo que vendrá será un destino posible para todos y no un privilegio para algunos.

Mar del Plata, enero de 2002

¹ Argentina tiene 1 médico cada 373 habitantes. Etiopía: 1/25.000, México. 1/934 y el mundo desarrollado: 1/348. OMS, 2000

Buenos Aires, 18 de octubre de 2002

Al Sr. Secretario Ejecutivo de la
Comisión Interamericana de Derechos Humanos,
Sr. Santiago Canton
1889 F. Street N.W.
Washington, DC 20006

Ref.: Información del estado de la salud en Argentina

Estimado Dr. Cantón:

Con motivo de la audiencia sobre la situación general de derechos humanos en

Argentina, que tendrá lugar el próximo 18 de octubre, organismos de derechos humanos y organizaciones que trabajan por la salud, desean poner en conocimiento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos información sobre la violación sistemática y manifiesta del derecho a la salud por parte del Gobierno argentino en el marco de la inédita crisis social por la que atraviesa nuestro país.

La Comisión Interamericana ha advertido sobre esta grave situación en su última visita de trabajo a la Argentina. En aquella oportunidad expresó su preocupación por la información recibida sobre esta situación.

La información que ponemos en conocimiento de la Ilustre Comisión, y la grave crisis que atraviesa el país, demuestran la importancia de que ésta asuma un rol más activo en la situación de Argentina, y considere especialmente la posibilidad de realizar una visita *in loco* al país y la adopción de todas aquellas medidas tendientes a que el Estado argentino proteja los derechos fundamentales de todas las personas bajo su jurisdicción.

I. El estado de la salud en la Argentina

Dentro de un contexto de agravamiento de la miseria y el hambre como producto de la aplicación de políticas neoliberales en la Argentina, la salud es uno de los derechos actualmente más vulnerados de la población argentina.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como “un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades”. En consecuencia, el derecho a la salud apunta no sólo a la preservación de la vida, sino a la calidad de vida.

Uno de los aspectos más acuciantes de la crisis social y que afecta el derecho a la salud de la población, es el déficit alimentario que sufre el conjunto de millones de argentinos que viven por debajo de la llamada línea de pobreza y que en los últimos años ha ido en progresivo aumento. En la actualidad, el 53% de la población (aproximadamente 18,5 millones de personas) se encuentra por debajo de la línea de pobreza, y el 24,8% (8,7 millones de personas) son consideradas indigentes, lo que implica que no pueden acceder a una canasta básica de alimentos²⁵

Particularmente, de acuerdo con información de público y notorio conocimiento, una de las preocupaciones prioritarias aquí y ahora, es la desnutrición infantil que provoca déficit mentales irreversibles alertando sobre los daños neurológicos en niños de 0 a 3 años.

Respecto a la mortalidad de menores de un año, según cifras de la Sociedad Argentina de Pediatría, en Argentina se produce la cifra alarmante de 11.000 fallecimientos anuales: un bebé cada 48 minutos²⁶. La estadística debería llamar poderosamente la atención, sobre todo porque el 60% de las muertes se producen por causas evitables.

Asimismo, en los últimos años, factores psicosociales, como la violencia, el abandono o el maltrato son aspectos que integran la lista de las nuevas morbilidades.

Otros cálculos de la mortalidad en niños y niñas menores de un año son más pesimistas.

La Asociación Latinoamericana de Pediatría, indica que la cifra asciende a 13.000 muertes anuales (un niño menor de un año cada 40 minutos)²⁷. Por su parte, para UNICEF, los bebés fallecidos en el año 1999 llegaron a 12.120.

Por causas evitables, mueren 2 niños menores de 5 años cada 53 minutos 17.000 por año. Por desnutrición, 10.000. En La Matanza nacieron en el último trimestre del 2002, 6.900 niños de los cuales 1.600 nacieron desnutridos. El 70% de los jóvenes menores de 14 años son pobres,

25 Fuente: Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC). El concepto de “línea de indigencia” utilizado por el INDEC procura establecer si los hogares cuentan con ingresos suficientes como para cubrir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas. De esta manera, los hogares que superan ese umbral, o línea, son considerados indigentes.

26 “Muere un bebé cada 48 minutos”, La Nación, 27 de julio de 2001

27 “Los derechos del niño”, XXXII Congreso Argentino de Pediatría, Salta, septiembre 27-30, 2000.

y de ellos la mitad son indigentes. La tasa de mortalidad infantil triplica a la de Singapur, es un 90% superior a la de Cuba, y un 35% superior a la de Chile.

Mientras en la ciudad de Buenos Aires el 6,4% de los niños nacidos vivos pertenecían a madres menores de 20 años, en la provincia del Chaco la cifra asciende al 22%; siendo la mortalidad materna en Chaco de 30 cada 100.000 nacidos vivos (elevada aún existiendo subregistro). El índice de analfabetismo materno, se asocia significativamente con el incremento de la morbimortalidad infantil, éste arroja cifras de 4% en Buenos Aires, mientras que en Misiones asciende a 35,9%. También la mortalidad infantil expresa desigualdades ya que es del 18% en todo el país, pero en Chaco se observan cifras del 29%.

El 29% de las muertes maternas se produce por abortos realizados en forma clandestina.

Por cada 100.000 nacimientos mueren 35 madres por hemorragias, hipertensión, abortos y otras causas evitables. La mortalidad materna se asocia a la maternidad infantil, donde el número se duplica en las madres menores de 15 años. También la mortalidad infantil se duplica en los nacimientos de madres de más de 6 hijos.

La crisis que afecta al país muestra su terrible rostro en las maternidades públicas y los hospitales para niños. En varios distritos, las autoridades sanitarias relacionaron directamente con la pobreza el aumento de casos de muerte infantil y de bajo peso al nacer. En Mar del Plata el 13% de los bebés que nace en instituciones públicas pesa menos de 2,5 kilos. Pero no es todo: el 2% de los bebés marplatenses que nacen con bajo peso ni siquiera llega a 1,5 kilo. En ambos casos, es consecuencia, esencialmente, de las carencias que sufren sus mamás desde el inicio del embarazo, especialmente en lo que respecta a la atención de su salud y la desnutrición, estigmas que se transmiten a los niños prácticamente desde la concepción.

En Mar del Plata, la ciudad que comparte con Rosario el primer puesto del ranking de desocupación del país, nacen entre 10.000 y 12.000 niños por año. El 60% de ellos llega al mundo en las salas de parto del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil. El 50% de las madres que pasan por allí padece anemia severa, déficit proteico y está pobremente alimentado. El 21% del total es menor de 18 años. El índice de mortalidad infantil de esta ciudad es del 20,3 por mil. Lo más trágico es que el hospital cuenta con los conocimientos, los recursos humanos y la tecnología necesaria para revertir esta situación, pero, por culpa de la crítica situación socioeconómica, se llega tarde. En Misiones, ya son 13 los bebés que murieron por deficiencias alimentarias y falta de controles médicos en lo que va del año. Mientras tanto, en Bariloche, las autoridades sanitarias expresaron su preocupación porque en los últimos 30 días se registraron seis casos de lactantes, de entre veinte días y cinco meses de vida, que perecieron de muerte súbita, se informó oficialmente. Dos de los fallecimientos se produjeron cuando ya afectaba a la región la actual ola de frío. Y, según indicaron los médicos, en todos los casos se trató de bebés sanos. De acuerdo con el relevamiento realizado por el personal hospitalario, la pobreza surgió como uno de los principales factores de riesgo. La mayoría de los bebés fallecidos nacieron en familias de bajos recursos, que habitan casas precarias que se calefaccionan únicamente con leña, siendo la principal causa de los decesos el humo que genera en el ambiente donde está el niño la combustión de la leña.

Otro sector en una situación de desamparo sanitario es el sector de la tercera edad. Dos ejemplos de esta situación en la actualidad: los jubilados de Tucumán salieron a denunciar el riesgo de vida que corren a raíz de la falta total de medicamentos para el sector en el interior de la provincia. Desde diciembre de 2001 que las farmacias de los pueblos no entregan lo

necesario para los afiliados al PAMI. En toda la provincia atiende una sola farmacia. En Rosario recientemente se cerró el servicio de Emergencias Traslados del PAMI. Siendo que podría ser un servicio eficiente, con recursos propios, ya que abarca la atención médica con autos, de emergencias y traslados programados, lo están desmantelando.

Respecto a otros grupos de alta vulnerabilidad psíquica y física como son los pacientes chagásicos, portadores de HIV, los trasplantados, los oncológicos, los que padecen de patologías psíquicas graves que tienen secuelas discapacitantes y necesidades de prácticas de rehabilitación constante para poder integrarse en la sociedad hoy por hoy carecen de asistencia específica y están en franco riesgo de vida. La situación de emergencia ha sido reconocida por el Estado Nacional, quien ha declarado la emergencia sanitaria en todo el país a través del decreto de necesidad y urgencia 486/02. Si bien este decreto alude al objetivo de preservar la salud, en ningún momento se habla de la salud pública como un bien general que debe garantizar el Estado. Por lo tanto no se hace mención del principio de equiparación de oportunidades internacionalmente reconocido a las personas con discapacidad y salvoconducto para que estas puedan ejercer en la vida diaria un rol equivalente al resto de los integrantes de la sociedad. Negar a los servicios de rehabilitación el carácter de prestaciones básicas y esenciales significa cercenar la posibilidad de una persona con discapacidad de optimizar sus capacidades remanentes a fin de lograr la autonomía y seguridad posible.

La rehabilitación debe ser considerada el primer derecho específico de las personas con

Discapacidad y debe entenderse como un proceso multidisciplinario continuo y

permanente tendiente a superar las desventajas que la deficiencia sufrida les impone. De modo que, si solo se prioriza la preservación de la vida muy lejos estará de garantizar la salud de las personas con discapacidad, mas aun de asegurar su derecho a la integración social.

Desde hace 20 años se observa en Argentina, un marcado retroceso del sistema de salud.

La inexistencia de políticas sanitarias claras y progresistas, numerosos recortes presupuestarios, sucesivas administraciones ineficientes y por sobre todas las cosas la progresiva retirada del Estado de sus funciones tradicionales, han obtenido como resultado el colapso del sistema de salud.

En un contexto social caracterizado, entre otras cosas, por cifras inéditas de desempleo y niveles de pobreza e indigencia crecientes, los sistemas sanitarios paulatinamente se hicieron cargo de problemáticas de otras áreas. Se ha llegado a un punto en que su función primordial, la prevención, pasa a ser función secundaria, agobiada por las urgencias cotidianas. En consecuencia, el sector salud actúa, en la mayoría de los casos, cuando la población ya ha enfermado, sin que existan mediciones confiables de las necesidades sanitarias, ni del impacto que esas carencias generan sobre el individuo²⁸.

28 "Crisis y salud pública", Boletín de temas de salud, suplemento. El diario del mundo hospitalario, de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, año 9, nro. 79, julio 2002.

La crisis actual hunde sus raíces en la fragmentación del sistema de salud, en el que hay tres subsectores —el público, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga—, a veces superpuestos, que no gastan poco sino que, contrariamente, no distribuyen de manera adecuada sus recursos.

En este contexto debe entenderse el deterioro del sistema de atención basado en el Hospital Público y la Seguridad Social. El sistema se encuentra colapsado ante el aumento de la demanda en los últimos años debido al aumento de la pobreza, agravado ahora por el desabastecimiento de todo tipo de insumos, que van desde la falta de guantes y materiales de esterilización hasta la provisión de oxígeno. Este punto pone de manifiesto la gravedad de la situación y la urgencia en darle una respuesta.

Por otro lado, el derrumbe de la seguridad social es notorio y obedece a varias causas.

Una es el desempleo y el trabajo en negro, que hicieron caer del 70% al 40% el

porcentaje de la población afiliada a obras sociales. Otra radica en los 15.000 millones de dólares que —sólo entre 1994 y 1999— se perdieron por la reducción de aportes patronales, morosidad de las empresas y evasión impositiva. La tercera es el aumento en los costos de la atención médica para una población con mayor expectativa de vida y con patologías que actualmente pueden ser tratadas. Finalmente, se apunta a la incidencia del mal manejo del Fondo Solidario de Redistribución, el pago por prestaciones tan costosas como inútiles y el exceso en la utilización de las obras sociales²⁹.

La crisis sanitaria deteriora primordial y agudamente la atención del enfermo y deja sin cobertura real a la promoción, la prevención y la rehabilitación de la salud del conjunto de la población. La situación crítica se agrava por la expansión de la pobreza y la exclusión social (ambas generadoras autónomas de enfermedad, en especial en niños y ancianos), la desfinanciación y quiebra de numerosas obras sociales y mutuales que tienen limitados sus aportes como consecuencia de los altísimos niveles de desocupación, el aumento de los precios de insumos hospitalarios y de medicamentos (consecuencia de la devaluación del peso y de la especulación financiera), la crisis de la medicina prepaga que trae como consecuencia la partida de 800.000 usuarios que ahora recurren al sistema estatal y el insuficiente presupuesto para la salud estatal (en especial para el hospital público, en el que la demanda ha sufrido un incremento l 50%, con déficit de personal profesional y técnico y desabastecimiento de insumos, medicamentos, alimentos y tecnología)³⁰.

En este escenario las autoridades ensayan medidas que soslayan sus responsabilidades, descargándolas en los trabajadores de la salud y en la anónima quiebra del Estado, el que han administrado a través de diferentes gobiernos.

El aumento en la cantidad de pacientes atendidos en los hospitales también se reflejó en un cambio en el perfil del usuario: un aumento de la afluencia de los sectores medios de la Capital

29 "Razones del colapso del sistema de salud", Clarín, 18 de junio de 2002.

³⁰ Idem nota 5

Federal a raíz de la caída de las obras sociales y de su imposibilidad de sostener las prepagas. Pero esta situación no es la única causa del agudo deterioro del sistema, sino sólo una parte de la realidad que se suma al conflicto preexistente.

Los datos estadísticos acerca del movimiento hospitalario en Hospitales Generales de Agudos y Generales de Niños del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires revelan, por el contrario, un leve descenso al comparar los totales de Consultas Externas, Egresos y Cirugías durante febrero de 2001 y febrero de 2002. Para realizar un análisis de las características de la demanda del sistema hay que considerar los datos cualitativos sobre la procedencia de los usuarios (pacientes). De todos modos, se pueden adelantar algunos ejes: la percepción de un incremento inusitado de usuarios difiere de la información estadística que indica un movimiento hospitalario relativamente estable. El pequeño descenso en las cifras correspondientes a febrero de 2002, en relación al similar mes de 2001, podría deberse a la suspensión de algunas prestaciones debido a la crisis de los últimos meses. Si el volumen de pacientes atendidos no aumentó y si, como se menciona, cambió el perfil de la demanda, estaríamos frente un gran número de argentinos “excluidos” que han perdido, entre otras cosas, la posibilidad de acceder al sistema público de salud. Y si, el nuevo perfil de la demanda marca un incremento en la procedencia de sectores de la Capital Federal, quienes estarían excluidos son los sectores empobrecidos de la provincia de Buenos Aires, quienes componen la mayor demanda, comparativamente al resto del país, en razón de su cercanía y su consecuente accesibilidad³¹.

El imperativo de hacerle frente a la emergencia no debe opacar la necesidad de resolver las causas estructurales que afectan negativamente al sistema de salud en su conjunto.

Desde el Ministerio de Salud se llevan adelante planes de reducción de la responsabilidad del Estado en materia de salud (Programa Médico Obligatorio de Emergencia –PMOE-), los cuales denuncian el exceso de personal profesional, advierten sobre la ineficiencia del sector estatal, olvidan el criterio solidario de la salud pública, dejan al PAMI y a sus beneficiarios completamente desprotegidos, y no toman las decisiones políticas impostergables, entre ellas el aumento del presupuesto de salud para abastecer las necesidades de la población y la fabricación de insumos y medicamentos desde el Estado.

El PMOE, que rige para los afiliados a la mayoría de las obras sociales, al PAMI y a las prepagas, ha impuesto un fuerte ajuste en las prestaciones. Por disposición del Ministerio de Salud se eliminan, restringen o cobran numerosas prestaciones que, anteriormente, eran gratuitas, así como suben las cuotas y disminuyen los descuentos en medicamentos. En esencia, el nuevo PMO se concentra en la atención médica, y posterga para otra etapa los mecanismos preventivos y de rehabilitación. Para dar algunos ejemplos: en las especialidades por derivación no hay plazos para dar turno, las cirugías programadas no hay plazo para realizarlas y no se cubren prótesis en odontología.

Entre los puntos polémicos del programa, se encuentran, sobre todo, los ajustes

efectuados en prácticas de uso habitual, y los mayores costos que deben pagar los afiliados para ser atendidos, acceder a estudios o comprar remedios. También se cuestiona que, con el

³¹ Idem nota 5

criterio de cubrir sólo las urgencias, se pospongan sin plazo las operaciones programadas, que pueden fácilmente derivar en emergencias riesgosas.

De acuerdo con el Dr. Jorge E. Gilardi³², presidente de la Asociación de Médicos

Municipales, el PMOE, surgido como solución para garantizar un piso básico y

universal de prestaciones, al no contemplar las medidas preventivas y de rehabilitación que son necesarias para una atención integral, vuelve a recaer sobre el hospital público en lo que respecta a la atención no cubierta por los restantes sub-sectores. Y replantea una situación dicotómica entre la prevención y la asistencia, cuando en realidad ambas son parte indisoluble del proceso de atención. Sin embargo, Gilardi cree que el hospital público todavía puede reafirmarse como un pilar para ofrecer una respuesta frontal a la emergencia.

Por otra parte, la dificultad para acceder a los medicamentos resulta ser otro de los principales factores de preocupación en materia de salud. La crisis sanitaria se ha visto reflejada en toda su intensidad en la falta de provisión y acceso a los medicamentos.

Estos se han convertido en una simple mercancía, lo que ha provocado que en guardias y farmacias hospitalarias no queden reservas de antibióticos, corticoides y drogas imprescindibles para el tratamiento de pacientes trasplantados, pacientes oncológicos y tratamiento de HIV. El precio de los medicamentos ha aumentado notoriamente. El gasto en medicamentos en Argentina es del 30% a 40% sobre el total del gasto en salud, mientras que en países centrales (que poseen leyes de Genéricos) ese gasto varía entre el 7% y el 20%. El volumen de esos recursos se estima en 7 500 millones de dólares anuales; el 70% de ese dinero sale directamente del bolsillo de las familias; y se calcula que entre 2.000 y 2.500 millones corresponden a sobreprecios. La Prescripción de Medicamentos por Denominación Genérica, no es más que un pequeño paso en la regulación del sector salud.

La gravedad de la situación ha derivado en situaciones extremas. En efecto, a mediados de 2002 un grupo de pacientes de HIV reclamaba por la suspensión de sus tratamientos, debido a la falta de medicamentos que el Ministerio de Salud debía proveer. Ingresaron al Ministerio y manifestaron a viva voz sus reclamos. Esta situación fue utilizada como excusa por las autoridades ministeriales, quienes decidieron instalar una comisaría en el interior del Ministerio de Salud llamada "División Salud de la Policía Federal" a cargo del Comisario Gil Alvarengo y dos oficiales, subinspector Garbarini y principal Taboada con una dotación de 60 efectivos, cuya función es "poner orden" frente a los numerosos reclamos de individuos que reclaman la entrega de medicamentos.

Finalmente, otro problema de gravedad preocupante, que menoscaba aún más la

situación sanitaria, es la emigración, fuera del país, de profesionales. Se estima que en las últimas décadas emigraron 50 mil científicos y profesionales calificados de Argentina³³. Estados

³² "El sistema de salud está enfermo", nota editorial publicada en El diario del mundo hospitalario, de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, año XI, nro. 89, junio 2002.

³³ "Materia gris de exportación", La Nación, 12 de junio de 2002.

Unidos y Canadá albergan a la mitad de los expatriados. La salida de argentinos calificados en busca de un futuro mejor ya es una realidad cuantificable.

Enrique Oteiza, investigador del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA), ha estimado que, actualmente, hay 20 mil profesionales argentinos en el exterior, de los cuales diez mil están en los Estados Unidos y Canadá, y la otra mitad se reparte por el resto del mundo. Para comprender la dimensión del problema, alcanza con saber que el 13% de los investigadores que trabajan en el Instituto Pasteur de París, en Francia, son compatriotas.

Sin embargo, las cifras referidas adquieren más dramatismo si se analizan en perspectiva. Se calcula que en las últimas tres décadas se habrían marchado 50 mil universitarios, según un seminario sobre Migraciones Profesionales organizado por la Red de Argentinos Investigadores y Científicos en el Exterior (Raices), un programa de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (Setcip), dedicado a revincular con el país a los argentinos en el exterior³⁴.

Estados Unidos, México, Canadá, Gran Bretaña, Alemania, Francia y Brasil aparecen como los destinos elegidos por cientos de científicos, médicos, ingenieros y arquitectos que buscan nuevos horizontes para el desarrollo de sus conocimientos. Esta realidad coloca a la Argentina como uno de los principales exportadores de profesionales altamente calificados, que los países receptores captan a un costo cero. Fernando Lema, uruguayo, investigador científico y coordinador del grupo de Cooperación con América Latina del Instituto Pasteur de París, calcula que el éxodo de cerebros le habría costado a la Argentina unos 1250 millones de dólares, si se tiene en cuenta que el costo mínimo de una formación universitaria es de 25 mil dólares³⁵.

A pesar de lo expuesto hasta aquí, no podemos dejar de mencionar que en numerosas oportunidades se han contado con las herramientas necesarias (financiamiento) para salvaguardar el sistema de salud pública. A pesar de ello, es incuestionable la continua responsabilidad de los administradores de turno en desvirtuar la dirección y el fin último de los préstamos otorgados por parte de distintos organismos internacionales para sostener el sistema sanitario provisto por el Estado.

Por otro lado, la falta de transparencia en el manejo de fondos públicos provenientes de organismos multilaterales de crédito también afectó al sector salud. La situación es de suma gravedad ya que las autoridades argentinas no pueden explicar el destino de doscientos millones de dólares, en los últimos cinco años, de los créditos otorgados por el Banco Mundial para los hospitales públicos. El Banco Mundial descubrió que de los doscientos cincuenta

³⁴ Idem. nota 11

³⁵ Según datos del Conicet, desde 1997 en adelante, el retorno de becarios de posdoctorado en el exterior fue disminuyendo hasta un porcentaje alarmante: el 50% no regresa.

millones de dólares que ingresaron para el Proyecto de Reforma del Sector Salud (Pressal), sólo fueron bien utilizados cincuenta millones³⁶.

El Banco Mundial cuestionó la forma en que se llevaron a cabo las licitaciones para la remodelación de los hospitales. Se cuestionó el otorgamiento de las licitaciones en función de un criterio que sólo tomó en cuenta los precios y no la calidad de las obras.

Las empresas que ganaron las licitaciones presupuestaron en promedio un valor mucho menor por metro cuadrado de superficie a reparar, lo que proporcionó como resultado la utilización de materiales de bajo costo y terminaciones de obra inadecuadas para el impacto que reciben los hospitales públicos³⁷.

En suma, la emergencia sanitaria es cada vez más profunda. La situación en todos los centros asistenciales es prácticamente la misma: falta de insumos, provisión de medicamentos escasa y hasta resulta insuficiente, por no decir inexistente en numerosos casos, el material que debe utilizarse en las intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, más preocupante aún es que ante la imposibilidad de atender todos los casos, el hospital público se concentre en la emergencia. Es decir, en otras palabras, el hospital público, como institución que monopoliza la salud pública y gratuita provista por el estado, se ve conminado a existir en un constante estado de guerra donde se selecciona a los individuos –pacientes- más graves para ser tratados, curados o salvados. El resto, no elegido en la primera opción, con todas las secuelas y consecuencias que esto conlleva, debe esperar. Por otro lado, el derrumbe de las obras sociales y la falta de acceso a medicamentos terminan de delinear los aspectos más alarmantes de la crisis sanitaria.

Sin embargo, el punto central y que enmarca la crisis del sistema de salud es se refiere a la igualdad sustancial y la plena realización de los derechos sociales. El modelo económico que la gente repudió en diciembre, signado por la concentración de la riqueza y el aumento inédito de la pobreza, fue posible merced a un proceso de degradación paulatina de los derechos sociales. Así, fuimos testigos del desmantelamiento del derecho del trabajo, a la salud y a la seguridad social y de la sujeción de estos derechos a la lógica económica, aplicada en un escenario de emergencia permanente.

Se trata pues, de la lógica consecuencia del proceso iniciado 25 años atrás. La dictadura militar instaurada en 1976 se encargó de sentar las bases para la destrucción de una estructura social basada en la alta participación de los sectores medios, y en la posibilidad, por parte de los sectores bajos, de acceder a una satisfacción básica de los derechos sociales. La profundización de dicho sistema económico por parte de los gobiernos democráticos surgidos

³⁶“Plata quemada: Desaparecieron doscientos millones de dólares para remodelar hospitales públicos”, por Andrés Klipphan. Revista Veintitrés, número 206, año 4, jueves 20 de junio de 2002.

³⁷ Del 100% de las obras y equipamiento en los quince hospitales piloto se cumplió con el 28% de los objetivos previstos en el programa, con diferencias importantes en las jurisdicciones: 14% en la Ciudad de Buenos Aires; 20% en la Provincia de Buenos Aires y 43% en la Provincia de Mendoza. Prácticamente la mitad de los hospitales no cumplieron el 20% de sus planes y doce de los quince hospitales, apenas cumplen con la tercera parte de los objetivos establecidos. Idem nota 12

luego de 1983, con el apoyo y promoción de las instituciones multilaterales de crédito, provocó que actualmente la Argentina soporte la peor crisis en su historia como nación.

Es sólo este contexto el que posibilita comprender como en un país cuya producción de alimentos alcanzaría para satisfacer las necesidades de 330 millones de personas, alrededor de un cuarto de la población (casi 9 millones de personas) pasen hambre³⁸. La crisis en el sistema sanitario no hace más que complementar trágicamente el cuadro de desnutrición que afecta , principalmente, a niños y ancianos. La reaparición de enfermedades asociadas a la pobreza, que habían sido erradicadas hace años, es otra consecuencia visible de aquel proceso.

Resulta redundante plantear que cualquier programa que pretenda ofrecer algún tipo de salida a la crisis, deberá poner el centro de atención en la satisfacción de los derechos sociales, tanto en el corto como el mediano y largo plazo. En la urgencia, deberá dar una respuesta a las necesidades alimenticias y sanitarias de la población; en una mirada hacia el futuro, deberá implementar medidas que redistribuyan la riqueza, poniendo al alcance de toda la población el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales.

Es indispensable frenar este proceso. Para ser viable y de alta intensidad, la democracia necesita reconstruir una base de igualdad sustancial y recuperar la calidad de los derechos sociales.

El desafío pues, consiste en reconstruir una nación que incluya a la totalidad de la población. El peligro, consolidar la desintegración social, tanto presente como futura³⁹.

³⁸ Según datos de la Secretaría de Agricultura y la Facultad de Agronomía de la UBA, publicados por el Suplemento Cash del diario Página 12 el 31 de marzo de 2002, en el año 2002 se producirán 99 millones de toneladas de alimentos, cantidad suficiente para alimentar a 330 millones de personas.

³⁹ Es esta situación y el sombrío panorama que se vislumbra la que generó un intento de respuesta desde la sociedad civil a través de la conformación de una agrupación no partidaria denominada FRENTE CONTRA LA POBREZA, POR EL TRABAJO Y LA PRODUCCION (FRENAPO), que incluye organizaciones de la sociedad civil, de derechos humanos, partidos políticos, centrales sindicales de trabajadores, organizaciones de base con un propósito en común: la lucha contra la pobreza. Bajo la consigna "Ningún hogar pobre en Argentina", los días 14 al 17 de diciembre de 2001 llevaron a cabo, en todo el país, una Consulta Popular con el objeto de que la ciudadanía se pronuncie sobre la propuesta de implementar de un seguro de empleo y formación para los jefes/as de familia desempleados de \$380 pesos y una asignación por hijo \$60 para todos los trabajadores y una asignación de \$150 a todo adulto mayor sin jubilación. Conforme al recuento final, fueron 3.106.000 personas las que se apoyaron la iniciativa.

II. El estado de los hospitales públicos del país

Uno de los aspectos que evidencian de manera dramática la crisis sanitaria por la que atraviesa la Argentina, es el estado calamitoso de los hospitales públicos y en consecuencia el deterioro profundo de la atención en salud de toda la población que se atiende en ellos.

Sin pretender acotar la crisis del sistema de salud al estado de los hospitales públicos, el presente informe pretende dar cuenta, particularmente de esta situación.

Es de señalar que el informe pormenorizado que se agrega como Anexo ha sido

elaborado en base a información de prensa, testimonios de trabajadores y profesionales organizaciones de la sociedad civil, de derechos humanos, de la salud, así como de denuncias presentadas ante los tribunales de justicia del país y las defensorías del pueblo de distintas ciudades del país.

En el Informe que se anexa, a modo de ejemplo acotado debido a la magnitud y

generalización en todo el país de la situación de crisis, daremos cuenta de la grave problemática hospitalaria actual, tomando como muestra distintas provincias y la ciudad de Buenos Aires. Si bien la información y los aspectos abordados no pretenden ser exhaustivos, reflejan de manera aproximada el estado deplorable de la atención de la salud en los hospitales públicos del país.

En síntesis, diremos que a partir del relevamiento de información efectuado, se han detectado una serie de problemas de gravedad inusitada y que se repiten en la mayoría de los hospitales públicos:

- » Aumento notable de la demanda, producto del incremento de los índices de pobreza e indigencia, que no fue correspondida con la adopción de las medidas necesarias para hacerle frente.
- » La reducción o suspensión de ciertas prácticas básicas como el uso de radiografías, las prácticas de laboratorio, tomografías computadas, estudios radiológicos contrastados, etc.
- » Falta de disponibilidad de insumos básicos, como jeringas, guantes, gasas, etc.
- » Falta de disponibilidad de drogas básicas. En el caso de algunas drogas, su falta es absoluta (antituberculosas, antirretrovirales, etc.).
- » Retrasos o suspensión de cirugías de mediana o alta complejidad que en algunos casos ha provocado la muerte de pacientes.
- » Cierre de áreas por falta de insumos, como neonatología, sector de quirófanos o terapia intensiva.
- » Derivación de pacientes que usualmente se hubiera tratado en la institución por carencia de insumos o imposibilidad de realizar prácticas de diagnóstico o cirugías que antes llevaban a cabo.
- » Disminución de la alimentación brindada a los pacientes internados en cantidad o calidad. Las deficiencias han provenido de la interrupción de la cadena financiera o por problemas de provisión con el servicio terciarizado. Se citan casos en los que los familiares han debido proveer los alimentos a sus familiares internados a su exclusiva costa.
- » Condiciones de higiene y salubridad inadecuadas.

- » Falta de mantenimiento de las instalaciones hospitalarias.
- » Falta de reparación y/o renovación de insumos de equipamiento que en consecuencia ha quedado en desuso .
- » Precarización de las condiciones laborales del personal. En la mayoría de los hospitales, no se abonan regularmente los sueldos del personal y los recursos humanos son insuficientes para hacer frente a la demanda.

III. Conclusión

En base a las consideraciones expuestas, los organismos de derechos humanos y organizaciones sociales comprometidas con la defensa de los derechos fundamentales reclamamos a las autoridades argentinas la adopción de todas las medidas necesarias para revertir el estado crítico del derecho a la salud de la población argentina. En consecuencia, solicitamos respetuosamente a la Comisión Interamericana tome intervención en esta situación, considerando especialmente la posibilidad de realizar una visita in loco a Argentina.

Aprovechando la oportunidad para saludar a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos muy atentamente,

Asociación de Médicos Municipales (Lista Alternativa)

Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

Comisión Pro-Cátedra Salud y Derechos Humanos

Comité de Acción Jurídica (adherido a la CTA)

Familiares de ex Detenidos y Desaparecidos por Razones Políticas

Federación Nacional de Salud y Seguridad Social (adherido a la CTA)

Intersalud (Comisiones de Salud de Asambleas Populares de Buenos Aires)

Madres de Plaza de Mayo –Línea Fundadora

Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI)

Servicio Paz y Justicia (SERPAJ)

Sindicato de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP)

ANEXO III IMÁGENES DE LA SITUACION DEL HIGA⁴⁰

Las Salas atestadas de pacientes en espera



⁴⁰ Las fotos fueron cedidas por el personal médico



El lugar en que descansan los médicos y la morgue





El estado del edificio



La basura



La situación de una profesional médica de guardia

